

第三者の行為による傷病届

記入日

令和

年

月

日

被 保 険 者	被保険者証の記号－番号		事業所名称				
	フリガナ						
被保険者 氏名	フリガナ		生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日	
負 傷 者	氏名	フリガナ	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月 日	
	現住所	〒				電話番号	
	連絡先保険会社				担当者		
	所在地	〒				電話番号	
相 手 方 (第 三 者)	氏名	フリガナ	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月 日	
	現住所	〒				電話番号	
	勤務先	〒				電話番号	
	連絡先保険会社				担当者		
	所在地	〒				電話番号	
	相手方が不明な場合その理由						
内 容	発生日	令和	年	月	日	時頃	
	傷病名						
	種別	1 自動車事故 2 バイク事故 3 自転車事故 4 殴打・刺傷 5 自損 6 その他：					
	発生場所					業務災害又は通勤災害 1 該当 2 非該当	
	警察立会	1 あり 2 なし 3 ないが届出済み 4 不明 所轄警察署：					
発生状況					受 付 印		