

受付	令和	年	月	日	常務理事	事務長	部長	担当者
決定	令和	年	月	日				

※消えないボールペンでご記入ください。

第三者の行為・自損事故に因る傷病届

被保険者	記号			氏名					
	番号			住所					
	事業所・部署			TEL()	内線 -				
負傷した該当者	被保険者(本人)の場合	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日			
	被扶養者(家族)の場合	氏名			続柄				
		職業(学校名)			生年月日	昭・平・令 年 月 日			
診療を受けた時	病院(医院)名称	(TEL)() -							
	所在地								
	傷病名								
	傷病の程度	死亡・重症・軽症	治療見込	年 月 日から 間					
	治療費の支払方法	自費・相手方負担・健康保険・その他()							
今回の届出について○をして下さい。		第三者の行為によるもの ・ 自損							
第三者の行為による場合、加害者はわかっていますか。○をして下さい。		加害者はわかっている ・ 加害者は不明 ⇒ その理由()							
加害者について	加害者(事故の場合は事故の相手)	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日			
		住所	TEL() -						
	加害者(事故の場合は事故の相手)の勤務先	名称							
		住所	TEL() -						
負傷したときの状況等	発生日時	令和	年	月	日	午前・午後	時	分頃	
	発生時の状況	勤務中 ・ 通勤途上 ・ 私用外出中 ・ その他()							
	発生場所								
	負傷したときの概要								
	種別	自動車・バイク・自転車・歩行・水上・スノーバイク・その他							
	所轄署	警察署	派出所	未届(理由)					
	過失の度合(わかる範囲で) ※自損の場合は記入なし	自分が何割 →	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10						
	相手が何割 →	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10							
示談	示談状況 ※自損の場合は記入なし	令和	年	月	日	現在	成立	・ 交渉中 ・ 成立していない	

上記の通り第三者の行為又は自損に因る傷病を届けます。

令和 年 月 日 被保険者氏名

印