第三者行為による傷病届

負傷者（被害者）の	被保険者証の記号番号	記号	番号	被保険者氏名等	㊞		
					生年月日	年　月　日生	
	住　所	〒				TEL	
	被保険者の勤務先名称	(株) (所属　　)		所在地及びTEL	〒 TEL		
	負傷者が家族の場合	氏名等			続柄		
			生年月日	年　月　日生			
加害者の	氏名等			住所	〒		
		生年月日	年　月　日生				
	勤務先名称			所在地及びTEL	〒 TEL		

事故の内容等	発生年月日	年　月　日　午前・午後　時　分ごろ
	発生場所（住所等）	
	発生時の状況 該当する項目に○又は記入	仕事中・通勤途上・その他（　　） ※仕事中・通勤途上は労災保険を適用し健康保険は使用できません。
	発生原因（詳細記入）	
	警察への届出	有（　警察　派出所）・無
	過失の度合	自分が＿＿＿＿＿＿%・相手が＿＿＿＿＿＿%

治療状況について	傷病名（診断名）				
	医療機関名称			所在地	
	治療期間	入院	年　月　日～　年　月　日	支払方法	・自賠責・自費・加害者負担 ・健保・その他（　　）
		通院	年　月　日～　年　月　日		
	医療機関名称			所在地	
	治療期間	入院	年　月　日～　年　月　日	支払方法	・自賠責・自費・加害者負担 ・健保・その他（　　）
		通院	年　月　日～　年　月　日		
	転帰	（　年　月　日現在）　入院中・通院加療中・治癒・中止			
	後遺症	ある・ある見込み・ない・ない見込み			
	治療見込み	年　月　日から　約　（日・週・月）ぐらい			