

常務理事	事務長	扱者

市光工業健康保険組合 理事長殿

提出日 令和 年 月 日

『第三者行為傷害事故』届

1)届出者

保 険 証 記号	番号	生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (才)
事 業 所 名 称		所 属	TEL(外線) TEL(内線)
被 保 険 者 名	⑥	住 所	〒 - TEL()

2)事故当時者

被 害 者 氏 名		生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (才)	続柄	
相 手 (未成年の時は 保護者氏名も)		住 所	〒 - TEL()		
		生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (才)		
相手の勤務先 (部 署)		住 所	〒 - TEL()		
相手の氏名・住所不明の理由					

3)事故内容

事 故 の 種 類	①けんか ②犬咬 ③スキー ④その他()																						
発 生 年 月 日	令和 年 月 日 (曜日)	AM ・ PM	時	分	頃	目 的	就業中・通勤中・私用																
発 生 場 所																							
傷 病 名																							
治療を受けた 病 院 (診 療 所)	名 称																						
	所 在 地	〒 -	TEL()																				
受 診 期 間 (見 込)																							
警 察 官 立 会 の 有 無	有る ・ 無い ・ 無いが届出済 ・ 不明					所 轄 警 察 署 名																	
過 失 の 度 合	被 害 者	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	第 三 者	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
健 保 使 用 見 込 期 間	令和 年 月 日 ~ 約 日 ・ 週間 ・ ケ月間位																						
治 療 費 の 負 担 区 分	☐ 最初から健保使用 ☐ 途中から健保使用(令和 年 月 日より) ☐ 相手の負担																						

4)相手の傷害保険加入状況

傷 害 保 険	加入の有無	有 ・ 無	
	保険会社名		
	所 在 地	〒 -	
	電 話		担 当 者 名
	保 険 番 号		
	契 約 者 名		

この届には次の書類を添付して下さい。	① 事故取扱い警察署の事故証明書	1通
	② 診断書(コピー可)	1通
	③ 事故発生状況報告書	(別紙)
	④ 誓約書	(別紙)
	⑤ 死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書	各1通
	⑥ 示談をしている場合は示談書の写し	1通

受付日付印