第三者行為による傷病届（その他）

東レ健康保険組合　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 記 号 | | |  |  | |  |  | 番　号 | | | |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | | 年　　 月　 　日 （　　）歳 | |
| 事業所 | | |  | | | | | | | | | | | | | 職場 | | | Tel. | | | |
| 住 所 | | | 〒　　­ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | | | Tel. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故当事者  （当方） | 1. 被保険者本人 | | | | | | | | | | 2. 家族　 氏名（　　　　　　　　　）　続柄（　　　　）  　　 生年月日 　　　　年　　　月　　　日（　　　）歳 | | | | | | | | | | | | |
| 事故発生時  の状況 | 発生日時 | | | | | 年　 　月 　　日（ 　）曜日　　　前　後 　　 時 分頃 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発生場所  状況など具体的に | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負傷の状況 | 傷病名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療を  受けた  医療機関 | | | | | ① 病院名 | | | | | | （所在地：　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 受診期間 | | | | | | 月　　日から　　月　　　日まで　　・入院　・通院（　　回）  月　　日から　　月　　　日まで　　・入院　・通院（　　回） | | | | | | | | | | | |
| 健康保険証の使用 | | | | | | | | | | ・有　・無 | | | | | 費用の支払い | | ・相手側 ・あなた側 |
| ② 病院名 | | | | | | （所在地：　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 受診期間 | | | | | | 月　　日から　　月　　　日まで　　・入院　・通院（　　回）  　 月　　日から　　月　　　日まで　　・入院　・通院（　　回） | | | | | | | | | | | |
| 健康保険証の使用 | | | | | | | | | | ・有　・無 | | | | | 費用の支払い | | ・相手側 ・あなた側 |
| 相手の状況 | 住 所 | 〒　　­ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | Tel. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職 業 | （勤務先： Tel. ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 過失の状況  **○**をつけて下さい | | | | | | | | | ・相手が１００％悪い | | | | | | | | | | | | | |
| ・当方にも過失がある　（・少し　　・半分くらい　　・半分以上　） | | | | | | | | | | | | | |
| 保障の状況  **○**をつけて下さい | ・相手が１００％保障   * ・損害保険会社から保障   保険会社名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　電話番号　　　　　－　　　　－  ・どこからも保障がない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人情報保護関連  （必ずご記入ください） | | | 本件について、事業所に申請内容について問い合わせすることに同意します。  （・はい　・いいえ　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※提出いただく書類提出書類：第三者行為による傷病届　念書

　　　　年　　月　　日　の事故発生状況　　　被保険者氏名：　　　　　　　　　　　　　　印

**・事故の発生状況を図示して下さい。**

進行方向、道幅、信号・停止線の位置等できるだけ分かりやすく書いて下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**・上記図の説明を書いて下さい。**