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。**