第三者の行為による傷病届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証  記号・番号 | － | | 被保険者氏名 | |  | | | |
| 事　業　所 | 名　称 |  | | | | | | |
| 所在地 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ | | | | | | |
| 被　害　者 | 氏　名 | （　　　歳） | | | | | 被扶養者の  場合は続柄 |  |
| 住　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ | | | | | | |
| 負傷年月日 | 年　　　月　　　日（　　　）　午前・午後　　　時　　分頃 | | | | | | | |
| 負傷の場所 |  | | | | | | | |
| 負傷の詳細  何の用務で何をしに行ってどうして負傷したか | ○でかこんで下さい　　・出勤途中　・会社内　・休み時間内　・会社の用務　・休日 | | | | | | | |
| 種　別 | ・自動車　　　・バイク　　　・自転車　　　・歩　行  ・殴　打　　　・刺　傷　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 届出警察署 |  | | | | | | | |
| 加害者 | 氏　名 | （　　　　歳） | | | | | | |
| 住　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ | | | | | | |
| 勤務先  名　称 |  | | | | | | |
| 勤務先  所在地 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ | | | | | | |
| 加害者に対し  て損害賠償  請求の意志 | 有・無 | 第三者から受けた損害賠償の内容金額及び  その受領年月日  示談を行った場合はその状況（示談書の写し添付） | | | |  | | |
| 診療を受けた医療機関 | 名　称 |  | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | |
| 傷病名 |  | | | 初診年月日 | | 年 　　月　 　日 | | |
| 健保・自費別診療期間 | 健　保 | 年　　月　　日　　～　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 自　費 | 年　　月　　日　　～　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | |

上記のとおりお届けします

　　　年　　　月　　　日

被保険者　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

自署の場合は押印を省略できます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

イノアック健康保険組合理事長　　殿

加害者の自動車保険加入状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自賠責保険 | 保険会社名 | |  | | |
| 取扱店所在地 | | 〒 | | |
| TEL | | |
| 保険契約者 | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| TEL | | |
| 車の保有者 | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 | 保険契約者との関係 | | |
| （ 　　　　 ） | | |
| 住所 | 〒 | | |
| TEL | | |
| 運転者 | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 | 保有者との関係 | | |
| （ 　　　 　 　） | | |
| 住所 | 〒 | | |
| TEL | | |
| 保険契約期間 | | 自　　　　　年　　月　　日　　　至　　　　　年　　月　　日 | | |
| 自賠責証明書番号 | |  | 自賠保険請求 | 済　・　未済 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 任意保険 | 保険会社名 | |  | | |
| 取扱店所在地 | | 〒  TEL | | |
| 担当者 | |  | | |
| 保険契約者 |  |  | | |
| 住所 | 〒  TEL | | |
| 保険契約期間 | | 自　 　　年　　月　　日　　　至 　　　　　年　　月　　日 | | |
| 任意一括払について　＊ | | | 有　・　無 | ＊任意一括払とは、自賠責保険だけの対応ではなく、  任意保険会社が対応している場合です。 |