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。 |