

第三者行為による傷病届

<被害者 (被保険者・被扶養者)>

【交通事故外】

被保険者 記号 番号	氏名 〒	TEL
事業所名	課・所属	TEL
本人の 場合 氏名	男・女 生年月日 才	年号 年 月 日
被扶養者 (家族の 場合) 氏名	男・女 生年月日 才	年号 年 月 日
職業	続柄	
病院名	主病名	
治療期間	自 : 年 月 日 ~ 至 : 年 月 日	治療中 ・ 治癒
病院の住所	〒	TEL
病院名	主病名	
治療期間	自 : 年 月 日 ~ 至 : 年 月 日	治療中 ・ 治癒
病院の住所	〒	TEL
人身傷害 保険確認 (いる)の場合	被保険者又は被扶養者の自動車損害賠償保険契約(任意保険)について ・今回の治療に自身の任意保険の人身傷害補償保険を使用していますか? (いる・いない) (いる)の場合	加入保険会社名称()連絡先()担当者名()

<加害者>

加害者 氏名	男・女 才	生年月日	年号 年 月 日
住所	〒	TEL	
勤務先 名称		所属	
勤務先 住所	〒	TEL	内線
氏名	男・女 才	生年月日	年号 年 月 日
住所	〒	TEL	
勤務先 名称		所属	
勤務先 住所	〒	TEL	内線
保険会社 名称	担当部署	担当者名	
住所	〒	TEL	
証明番号	契約期間	本人 従業員 家族 その他 ()	
保険 契約者	加害者との関係		
備考			

受付日受印

登録処理

<事故発生内容>

発生日	年 月 日 ()	AM ・ PM	時 分
発生場所			
発生状況	業務中※	通勤中※	業務外※
事故(被害)結果	即死	入院直後の死亡 入院中の死亡	(死亡: 年 月 日) ・ 負傷
警察官の立会	あった	ない	ないが届出済 ・ わからない
所轄署	警察署		
過失の割合 (判る範囲で可)	自分が何割	相手が何割	
	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	

※ 就業時間中、出勤途中の負傷は労災保険適用です。健康保険は使用出来ません。

事故発生状況報告

事故発生状況概略図	負傷理塘の見取図を記載して下さい。 負傷にいたる被害者と加害者の行動を赤線で表示して下さい。
<p><加害者の行為によって生じた負傷について、加害者の行為及び被害者の行動を詳しく記入して下さい></p>	

令和 年 月 日

【被保険者】

住所
氏名

㊤

【事故該当者】

住所
氏名

㊤

関西電力健康保険組合