整理番号

常務理事	エイトリーダ	シニアリーダ	リーダ	係

N X グループ健康保険組合

常務理事

殿

年 月 日

住所
被保険者 氏名

印

第三者の行為による傷病届

被害者	被記 保号	被保険者 番号	証号	(記号)(番号)			被扶養者の場合は、その続柄		
	氏名	生年月日	年 月 日生						
加害者	住所		TEL () ~						
	氏名								
加害者	住所								
	勤務先	名称	代表者(使用主)の氏名	TEL () ~					
所在地									
加害者の住所、氏名が判らないときは、その理由									
事故状況	傷病名		1.	2.	3.				
	発生年月日/時刻		年 月 日	午前 午後	時 分頃				
	発生場所		都道府県	市区郡	町村	において			
	種別		自動車	バイク	自転車	その他()			
治療状況	医療機関	名称	病院：医院：診療所						
	所在地	都道府県	市区郡	町村					
	傷病の程度	軽傷	重傷	死亡(入院直後の死亡 入院中の死亡)		年 月 日)			
治療についての 取り扱い区分	健康保険(事故発生日から 年 月 日)		全額加害者負担		自費				
	医療機関の窓口にて患者負担分を支払ったのは					被加害者			
自動車保険加入状況	自賠責	自動車保有者の氏名、会社名		住所					
		保険契約者の氏名、会社名		住所					
	保険契約会社の名称		保険証明書番号						
	保険契約期間		自 . . ~ . .	自動車の種別			車両番号		
	任意		保有者が加害者と別人であるときは、その関係		従業員：友人：親族：その他()				
任意		保険契約会社の名称		保険証券番号					
加害者に対する損害賠償請求の有無			していない。 した。			受付日付印			
その他の事項									

該当文字を でかこみ、必要事項は記入してください。