

整理番号

常務理事	担当部長	次長・課長	課長	係

日本通運健康保険組合  
常務理事

殿

平成 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	被保険者証番号	(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	平成 年 月 日 午前 時 分 午後			
	発生場所	都道府県	市区郡	町村	において
	種別	自動車	オートバイ	バイク	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	
治療状況	治療についての取扱い区分	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。