

| | | | |
|------|-----|-----|--|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | |
| | | | |

小野薬品健康保険組合理事長 殿

第三者の行為による傷病届

令和 年 月 日 提出

| | | | | | | | | | |
|--------------------|--------------------------|-----------------|----|--|-------|---|---|---|----|
| 被保険者 | 記号 | | 番号 | | 氏名 | | | | |
| | 住所 | 〒 - | | | 電話 | - | - | | |
| | 所属 | | | | | | | | |
| 負傷者が被扶養者であるときはその者の | | 氏名 | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 続柄 |
| 負傷の状況 | 負傷の日時 | 令和 年 月 日 (曜日) | | | 時 | 分 | 頃 | | |
| | 事故の状況 | | | | | | | | |
| | 医療機関 | 名称 | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | |
| | 傷病名 | | | | | | | | |
| | 傷病の状況 | | | | | | | | |
| | 治療開始 | 令和 年 月 日 () | | | | | | | |
| 治療費負担 | () | | | | | | | | |
| 第三者(加害者) | 氏名 | | | | 年齢 | 歳 | | | |
| | 住所 | 〒 - | | | 電話 | - | - | | |
| | 勤務先 | | | | 車両番号 | | | | |
| 自賠責保険(加害者) | 住所 | 〒 - | | | 電話 | - | - | | |
| | 名称 | | | | 担当者氏名 | | | | |
| 任意保険(加害者) | 住所 | 〒 - | | | 電話 | - | - | | |
| | 名称 | | | | 担当者氏名 | | | | |
| 警察への届出(人身事故) | ()警察署 ()派出所 | | | | | | | | |
| 過失割合 | 自分 % ・ 相手 % | | | | | | | | |
| 損害賠償請求の意思 | 円 | | | | | | | | |
| 示談解決の有無 | (有の場合は示談書の(写)を添付してください。) | | | | | | | | |