

令和 年 月 日

常務理事	事務長	長	担当

第三者行為による傷病届

トーエネック健康保険組合

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	昭・平	年	月	日生	
被保険者の 所属する事業場								
被保険者の住所	〒							
負傷者が被扶養 者であるとき	氏名	昭・平・令	年	月	日生	続柄		
事故 発生 状況	発生年月日	令和	年	月	日	午前・午後	時 分頃	
	発生場所							付近
	いつ・どこで・どのようにして事故が起きたかを簡条書きにて記入してください。							
							
傷病名	診療を受けた 医療機関		名称					
			所在地					
第 三 者	氏名				勤務先 名称			
	住所	〒			住所	〒		
	自動車事故の 場合保険状況	自動車保有 者の氏名			住所	〒	電話	
		保険契約者 氏名			住所	〒	電話	
		自賠責(強制) 保険会社名			電話			
		自賠責保険 証明書番号	第	号	登録番号			
対応窓口となる相手方 任意保険会社連絡先				電話				
示談の 状況								

自動車事故の場合次の書類を添付してください。

1. 負傷の原因届
2. 事故発生状況報告書
3. 念書(被害者, 相手方)
4. 「自動車安全運転センター事務所」発行の事故証明書