

## 第三者の行為による傷病届

健康保険証の 記号番号		被保険者氏名 住所	年 月 日 生		
事業所の名称			事業所所在地		
被害者が被扶養者である場合その者の	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	被保険者との 続柄
第三者(加害者)の氏名、住所、勤務先所在地(不明のときはその旨)	氏名	(生年月日) 年 月 日	住所又は 居住地	TEL ( )	
	勤務先		勤務先 の所在地	TEL ( )	
傷病又は負傷の状況	発病又は負傷 年 月 日	平成 令和 年 月 日 ( 曜日)	午前 午後	時	分 (頃)
	場	所			
	傷病名				
	負傷又は事故の 原因及び概況				
自動車事故の場合	保険契約者 氏名 住所			自動車 の	車種
	保有者 氏名 住所				登録番号
	運転者 氏名 住所				車台番号
	自動車災害賠償 保険の証明書 記号番号	第 号	保険期間		
	自動車災害賠償 保険契約会社名称 及びその所在地				
診療手当を受けた病院、 診療所、医院	病院名		医師名		
	所在地				
損害賠償請求の意志	有 無 (該当事項を○印で囲んで下さい) 加害者に対し賠償請求の意志のないときはその理由を別紙に記して下さい。				
あるとき	示談解決	示談解決 の内容	示談解決書(写)を添付して下さい。		
	自動車損害賠償 保険適用の場合	保険会社よ り受けた額	¥	受領年月日	令和 年 月 日

令和 年 月 日

ネスレ健康保険組合

理事長 殿

届出者住所

氏名

