

# 第三者の行為による傷病届

理事長	常務理事	担当者

被保険者証の 記号・番号		記号 番号	被保険者 氏 名				
事業所	名 称				TEL	( ) -	
	住 所						
負傷者	氏 名	( 歳)	被扶養者の 場合は続柄	TEL ( ) -			
	住 所			職種・仕事の内容			
負傷時 の 状 況	負傷年月日	平成 年 月 日		曜日	午前・午後	時 分頃	
	負傷の場所						
	負傷の詳細	1. 出勤途中 2. 会社内 3. 休み時間 4. 出張中 5. 休日・休暇 6. 出勤前 7. 帰宅途中 8. 帰宅後 9. その他 ( )					
		具体的に (何の用務で、何をしにいくとき、どうして負傷したか) 別紙の通り					
事故の種類	1. 自動車 2. オートバイ 3. 自転車 4. 歩行中 5. 殴打 6. 刺傷 7. その他 ( )						
相手方 について	相手方 (運転者)	氏 名	( 歳)		TEL ( )	-	
		住 所					
	勤務先	名 称	TEL ( ) -				
自動車 事故の 場合 について	自動車の 保有者	名 称	TEL ( ) -				
		住 所					
	保 険 契約者	名 称	TEL ( ) -				
		住 所					
	契約保険社名称			自賠責保険証 明書記号番号	-----		
	自動車の種別			車 両 番 号			
	加害者に対して 賠償請求の有無	有 ・ 無 ・ 請求しない (理由: )		相手方又は保険会 社からの損害賠償	受けている ・ 受けていない (内容: )		
	事故届出警察署	有 ( 警察署) ・ 無 (理由: )					
	過失の度合い	本人の過失			相手側の過失		
		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10			0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		
運転者と保有者が別人であるときはその関係		1. 従業員 2. 親族 3. 友人 4. その他 ( )					
診療を受けた 医師名・病院 氏名・住所	(医師 )		傷 病 名				
			初診年月日	平成	年	月 日	
			健保・自費 別 診療期間	健 保	平成	年	月 日～
				自 費	平成	年	月 日～

上記の通りお届けします。

平成 年 月 日

〒 -

被保険者 住 所 \_\_\_\_\_ 印  
氏 名 \_\_\_\_\_

セディナ健康保険組合  
理事長

殿

この届け に添付す る書類等	1 交通事故証明書 2 念書 3 事故発生状況報告書 4 相手方の自動車 (保険) 関係事項等の届
	示談した 場合