

伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日

常務理事	事務長	担当

ニューオータニ健康保険組合 理事長 殿

第三者の行為による傷病届

1. 被保険者の	記号	番号	勤務先所属部署		
			勤務連絡先（内線）		（内線）
	氏名	〒	生年月日	昭・平	年 月 日
	住所	TEL - -			
2. 被害者	氏名		生年月日	昭・平	年 月 日
	住所	〒			続柄
3. 加害者	氏名		生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
	住所	〒	TEL - -		
	勤務先名称				
	勤務先住所	〒			
4. 加害者がわからない時はその理由					
5. 事故	発生日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃			
	発生場所				
	種別	自動車・バイク・自転車・その他（ ）			
	結果	治療・即死・入院中死亡（平成 年 月 日 死亡）			
6. 医療	傷病名				
	医療機関の名称				
	医療機関の所在地				
	入院・通院の別	入院・通院・入院後通院		療養予定期間	ヶ月間
	療養費用	健康保険 ・ 自動車損害賠償保険 ・ 加害者負担			

7. 加害者の自動車損害賠償保険加入状況	責任保険	加入している ・ 加入していない			
	任意保険	加入している ・ 加入していない			
8. 加害者加入の責任保険	保険加入証明書番号			保険契約期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日
	保険契約者	氏名			
		住所	〒	TEL - -	
	契約保険会社	名称			担当者名
住所		〒	TEL - -		
9. 加害者加入の任意保険	保険加入証明書番号			保険契約期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日
	保険契約者	氏名			
		住所	〒	TEL - -	
	契約保険会社	名称			担当者名
住所		〒	TEL - -		
10. 運転者と自動車の所有者との関係		運転者の所有車 ・ 友人、知人、家族の所有車 ・ その他（ ）			
11. 借りた車で加害者が事故を起こした場合は貸主の	氏名			加害者との関係	
	所在地	〒	TEL - -		
12. 過失の割合（事故の原因）	自分が何割		相手が何割		
	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		

（注意事項）

この届出には、次の書類を添えてご提出下さい。

- ① 自動車事故証明書
- ② 事故発生状況報告書
- ③ 診断書
- ④ 念書