

第三者等の行為による傷病届

届出者	被保険者証 記号番号		被保険者 氏名	〒	◎	職種	
	事業所名称		事業所 所在地	〒	TEL ()		
被害者 (受診者)	氏名	〒	男 女	年齢	才	続柄	被保険者 被扶養者
	住所	〒	TEL ()				
	事故内容	自転車事故・殴打・動物による咬傷・刺傷・その他()					
	警察への届出有無	有：(警察署 届) / 無：(理由)					
加害者 (第三者)	氏名	〒	男 女	才	住所	〒	TEL ()
	勤務先名称				勤務先 所在地	〒	TEL ()
成加 年の者 場が 合未	保護者氏名	〒	男 女	才	住所	〒	TEL (())
	保護者の 勤務先名称				勤務先 所在地	〒	TEL (())

過失の度合	被害者	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	加害者	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
その理由	<hr/> <hr/> <hr/>			

※受診した医療機関の名称及び入院・通院の期間を記入してください。

治療状況	1	名称	入院	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
			通院	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	2	名称	入院	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
			通院	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	3	名称	入院	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
			通院	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

治療見込み 平成 年 月 日ごろ治療終了予定

受付印

