

第三者行為による傷病届

常務理事	事務長	係					平成 年 月 日
被保険者証 の記号番号	記号		被保険者氏名		電話		
	番号		被保険者住所				
被害者が勤務している事業所名							
被扶養者の傷病に関するもの			氏名		続柄		
加害者の	氏名		生年月日	年 月 日			
	現住所	〒		電話			
加害者の 勤務先	名称						
	所在地	〒		電話			
傷病名							
事故発生の	場 所						
	日 時	平成 年 月 日	午前・午後	時 分頃			
診療を受けた 医療機関の 名称・所在地	自	年 月 日	所 在 地				
	至	年 月 日	病 院 名				
	自	年 月 日	所 在 地				
	至	年 月 日	病 院 名				
	自	年 月 日	所 在 地				
	至	年 月 日	病 院 名				
警察への 届出の	有 無	有 ・ 無					
	年 月 日	平成 年 月 日					
	所 轄 署	警察署			派出所		
その時の用務または何をしていたか							
負傷の状況 《詳しく》							

※「本帳票の内容は、業務上の連絡、給与等の支払、社会保険関係、福利厚生 の提供、社員名簿・各種台帳の作成、法律上の諸手続き、その他雇用管理上必要な諸手続きに利用します。但し、関係会社等あるいは取引先等へ業務上必要な範囲で本帳票記載の内容の開示をすることがあります。」

上記の個人情報の利用目的並びに取扱について同意のうえ記入いたします。