

第三者行為による傷病届(交通事故以外の事故・傷害)

項 目		内 容			
届出者・届出先	被保険者証記号番号 / 保険者名	被保険者証記号番号 島70・		保険者名 浅川町	
	保険者の住所(届出先)	〒963-6292 福島県石川郡浅川町大字浅川字背戸谷地112番地の15			
	被保険者氏名 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな 氏名			
(被害者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名		男性 / 女性	歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係		年 月 日	
	住所 / 電話	〒		TEL ()	
	備 考				
事故発生	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃			
	事故発生場所				
事故の状況	受傷原因と状況				
(第三者)	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名		男性 / 女性	歳
	住所 / 電話	〒		TEL ()	
加害者	保険会社名				
	取扱店所在地 / 電話	〒		TEL ()	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名		E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏名			
	住 所	〒			
保険期間 / 契約番号	保険期間		契約番号		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無	保険会社名・担当者名		TEL ()
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名		治療開始日 年 月 日	
				TEL ()	
	所在地	〒		入院の有無	有 / 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名		治療開始日 年 月 日	
			TEL ()		
所在地	〒		入院の有無	有 / 無	

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。

(注)被害者加入の保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。