

(健保記入欄)

常務理事	事務長	担当者

第三者の行為による傷病届(交通事故を除く)

被保険者	被保険者証	記号		番号		生年月日	年	月	日					
	被保険者氏名													
	被保険者住所	〒 -												
	被保険者連絡先	メールアドレス					電話番号							
	事業所名称													
負傷者	事故該当者	氏名				生年月日	年	月	日					
	<small>※被保険者本人が該当する場合は記入不要</small>	職業				続柄								
治療状況	病院名称					連絡先								
	所在地													
	傷病名													
	傷病の程度	軽症・重症・死亡	治療見込			年	月	日	から約	日間ぐらい				
	治療費の支払方法	健康保険・相手方負担・自費・その他()												
事故相手	事故相手	氏名				生年月日	年	月	日					
		住所	〒				電話番号							
	事故相手の勤務先	名称												
		所在地	〒				電話番号							
住所・氏名が不明の場合(その理由)														
事故内容	事故発生日時	年			月	日	/	午前・午後	時	分頃				
	事故発生の場所													
	事故の概要													
	所轄署	警察署・派出所			未届(理由)									
	過失の度合 (わかる範囲で)	自分が何割 →	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<small>※左記の該当する数字を選択してください。</small>
		相手が何割 →	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
示談状況	年			月	日現在	/	成立・交渉中・請求権を放棄した							

上記のとおり第三者の行為による傷病届を提出します。

エイベックス・グループ健康保険組合 理事長 殿

年 月 日

被保険者
氏名