(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	被保険者等	記号		番号		生年月日	昭和 平成 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 ※被保険者本人が該当する場合は記入不要	氏 名				生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
		職 業				続 柄	
治療状況	病院名称					電話番号	
	所 在 地						
	傷 病 名						
	傷病の程度	軽症 ・ 重症 ・ 死亡	治療見込	令和 年 月 日 から 約 日間程度			
	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	昭和 平成 令和 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	令和 年 月 日 ／ 午前 ・ 午後 時 分頃					
	事故発生場所						
	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 相手が何割 ⇒ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				※左記の該当する数字を選択してください。	
	示談状況	令和 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

令和 年 月 日

被保険者
氏 名

エイベックス・グループ健康保険組合