

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60 ー				保険者名 西郷村			
	保険者の住所(届出先)	〒961ー8501 福島県西白河郡西郷村大字熊倉字折口原40番地							
	被保険者氏名	ふりがな 氏 名							
	※国民健康保険の場合は世帯主氏名		氏 名						
(被 害 者) (受 診 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								
(加 害 者) (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 年 月 日 ~ 年 月 日				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。									