

第三者の行為による傷病届

(けんか・咬創・その他)

愛三工業健康保険組合 理事長殿

※添付書類: 念書・誓約書

事故の日時	平成	年	月	日(曜日)	午前/午後	時	分頃	
事故の場所									
保険証番号				氏名					
職 場				連絡先					
被害者	住所								
	氏名			年令		続柄			
加害者	住所								
	氏名			年令		連絡先			
加害者の 勤務地又は 監督義務者	所在地								
	名称					連絡先			
事故状況	健康保険組合にご相談の上、ご記入ください。								
	警察への届出			済(署)		未届
	負傷時の飲酒の有無			有(酩酊・酒気帯び・軽度)			無		
	病院名				傷病名				
治療状況	入院中(月頃まで予定)		通院治療中(治癒見込		年		月頃)	
	加害者の負傷状況	無	有 (傷病名:		全治		ヶ月)		
示談状況									
署名	上記の通り、虚偽なく届出いたします。								
	平成	年	月	日	被保険者氏名 又は負傷者氏名 _____				(印)