



第三者行為による 傷病届

承認決議書			
常務理事	事務長	事務課長	担当

エリアコード	事務担当

DNPグループ各社は記入不要

(健康保険)

被害者	被保険者証	記号 番号	被保険者氏名	社員番号	(印)
	現住所	〒 TEL ()			
	治療を受ける者の	氏名	生年月日	年 月 日	続柄
	所属	会社名 部 課	職場の 電 話		
加害者	加害者	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日	
	現住所	〒 TEL ()			
	加害者の 勤務先	名称又は 氏名	事業内容 又は職種		
		所在地 又は住所	〒 TEL ()		
加害者の住所氏名がわからないとき(その理由)					
事故内容	傷病名			発 生 年 月 日	年 月 日 () 午前・午後 時 分頃
	発生の場所				
	種 類	自動車事故・バイク、自転車事故・殴打、刺傷・その他 ()			
	事故結果	治療中・即 死・入院直後又は入院中の死亡(死亡 年 月 日)			
	警察官の立合い	あった・な い・ないが届出済・わからない			
	所 轄 署	警察署		派出所	
治療状況	医療機関	名 称			
		所在地	TEL		
	治療開始日	年 月 日 から (入院 自 月 日 至 月 日) 退院			
	治療費支払方法	健康保険・被害者負担・加害者負担・その他 ()			

【添付書類】 自動車事故・バイク事故のときは次の書類を添付して下さい。 年 月 日 提出
1. 交通事故証明書 2. 診断書又はその写 3. 加害者が加入している自賠責保険等の保険証券の写

注) 2枚目にもご記入願います 第三者届 1/2

