



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		被保険者氏名				社員番号	印	
		番号								
	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			職場の 電 話						
	部 課									
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 至)	月 日	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

