

第三者行為による傷病届

項 目	内 容			
届出者・届出先	被保険者証記号番号 / 保険者名	記号 80- 番号	東京自転車商国民健康保険組合	
	保険者の住所(届出先)	〒101-0021 東京都千代田区外神田2-2-2 小久江ビル2階		
	組合員名	フリガナ 氏 名	印	
被保険者 (受診者)	氏名 / 性別 / 年齢	フリガナ 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			
相手の方 (第三者)	氏名 / 性別 / 年齢	フリガナ 氏 名	男性 / 女性	歳
	住所 / 電話	〒	TEL ()	
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			
	傷病名及び状況			
自賠責保険 (相手の方)	保険会社名			
	保険契約者名	フリガナ 氏 名		
	車両番号または登録番号			
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号	
任意保険 (相手の方)	保険会社名			
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL ()	
	担当者名 / E-mail	フリガナ 氏 名	E-mail	
	保険契約者名	フリガナ 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	
	任意対人一括の有無	有 / 無		
被保険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) 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。

(自賠責共済、任意共済の場合には、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容を記載して下さい。)