

(健保記入欄)

受付	令和	年	月	日	常務理事	事務長	保険業務	担当者
決定	令和	年	月	日				

第三者行為による傷病届①

被保険者	記号				氏名				性別	男・女
	番号				住所					
	事業所名 (会社名)				所属部署					
	所属事業場名				電話番号			内線番号		
事故該当者	被保険者(本人)の場合	氏名				生年月日	S・H 年 月 日			
	被扶養者(家族) の場合	氏名				続柄			性別	男・女
		職業 (学校名)				生年月日	S・H・R 年 月 日			
病院に関する情報	病院(医院)名称	TEL() -								
	所在地									
	傷病名									
	傷病の程度	死亡・重症・軽症	治療見込	年 月 日から 約 日間						
	治療費の支払方法	自費・相手方負担・健康保険・その他()								
事故相手	事故相手	氏名				生年月日	S・H・R 年 月 日			
		住所	TEL() -							
	事故相手の勤務先	名称								
		住所	TEL() -							
加害者が不明の場合(その理由)										
事故内容	種別	自動車・バイク・自転車・歩行・その他								
	所轄署	警察署	交番	未届(理由)						
	過失の度合 (わかる範囲で)	自分が何割 →	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10							
		相手が何割 →	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10							
示談	示談状況	令和 年 月 日現在 成立 ・ 交渉中 ・ 成立していない								

上記の通り、第三者行為による傷病届を提出します。

被保険者氏名

㊞

オリンパス健康保険組合 理事長 殿

第三者行為による傷病届③
(自動車保険加入状況)

保険の種類		自 賠 責 保 険	任 意 保 険
契約内容			
自動車保険証明番号 (契約番号)			
保 險 会 社 名			
保 険 契 約 者	住 所		
	氏 名		
自 動 車	種 別		
	登 録 (車 両) 番 号		
	車 体 番 号		
保 険 契 約 期 間		自 平成・令和 年 月 至 令和 年 月 () 年間	自 平成・令和 年 月 至 令和 年 月 () 年間
車 両 の 保 有 者	住 所		
	氏 名		
	加 害 者 と の 関 係	本人・従業員・家族・その他()	本人・従業員・家族・その他()
損 害 賠 償 金 支 払 請 求 先 店 名	所 在 地		
	名 称		
	担 当 課 名		
	担 当 者 名		
	電 話		

上記の通り、自動車損害保険契約等の内容について報告いたします。

令和 年 月 日 被保険者氏名 _____ 印

オリンパス健康保険組合 理事長殿