

(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(交通事故以外)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				
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	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)					
	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(交通事故以外)を提出します。

令和 年 月 日 被保険者氏名 ⑩

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(交通事故以外)②
(事故発生状況報告書)

事故発生状況	
事故発生年月日	平成・令和 年 月 日 AM・PM ころ
事故発生場所	
事故状況詳細	※加害者の行為によって生じた負傷について、加害者の行為および被害者の行動をわかりやすく、また詳細に記入してください。

事故発生現場見取り図

略図の説明・補足、加害者が不明の場合はその理由

上記のとおり報告いたします。

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