

### 第三者の行為による傷病届

項 目		内 容	
(被保険者名等) 届出者	被保険者 記号・番号/保険者名	被保険者 記号・番号	保険者名 DM三井製糖グループ健康保険組合
	届者情報 被保険者情報	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏 名 生年月日 年 月 日
		住所 / 電話	〒 TEL ( )
(受診者) 被害者	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏 名 届出者との関係 生年月日 年 月 日	
	住所 / 電話	〒 TEL ( )	
(第三者) 加害者	氏名	ふりがな 氏 名	
	住所 / 電話	〒 TEL ( )	
事故発生状況	事故発生日	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃	
	事故発生場所		
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック) <input type="checkbox"/>	
(加害者) 自賠責保険	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名	ふりがな 氏 名
	登録番号 / 車台番号	登録番号	車台番号
	保険期間 / 自賠責証明番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 第 号
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名	担当部署
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL ( )
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏 名	E-mail
	保険契約者名	ふりがな 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 第 号
任意対人一括の有無		有 / 無	
被害者加入の 保険会社の関与		関与の有無をチェックし、 「有」の場合は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
		保険会社名	担当部署
治療状況		①診療機関名	入院 有 / 無
		住所 / 電話番号	〒 TEL ( )
		②診療機関名	入院 有 / 無
		※ 治療終了日(見込み)については可能な範囲でご記入ください。	〒 TEL ( )
		③診療機関名	入院 有 / 無
		〒	TEL ( )
傷病届作成日 / 作成支援の有無		年 月 日	本届書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合 <input type="checkbox"/>

(注)本書は、自賠責共済、任意共済の場合、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ご記入ください。