

交通事故負傷届 (第三者行為による傷病届)

記入に際してご不明な点は、昭和シェル健康保険組合 (TEL03-5531-5827) まで直接ご相談ください。

届出者 (被保険者)	保険証の記号-番号	—			
	住所	〒			
	連絡先	自宅	携帯 —		
事業所名	会社	所属・部署	連絡先 —		
被害者	○をつけてください			被保険者本人	被扶養者
	被扶養者の場合	フリガナ	続柄	年齢	学生・職業
		氏名	男	女	歳
	住所	〒			
連絡先	—			—	
事故相手方 (第三者)	フリガナ	年齢	自宅	〒	
	氏名	男	女	歳	連絡先 —
	勤務先	職業	所在地	連絡先 —	
事故相手方の氏名・住所・連絡先等がわからない場合、その理由					
傷病の状況	事故当日の受診	受けた (入院・入院外) 受けなかった	保険証 使用した 使用しなかった	医療機関名 <small>所在地 (市区町村名)</small>	
	その後の受診状況	受けた・治療中 (入院・入院外) 受けていない	保険証 使用した 使用しなかった	医療機関名 <small>所在地 (市区町村名)</small>	
	傷病名 (傷病の状況)				

●提出が必要な書類

- ① 交通事故負傷届 (第三者行為による傷病届) (その1)
- ② 交通事故 事故相手方の自動車損害賠償保険加入状況 (その2)
- ③ 事故発生状況報告書 (その3)
- ④ 念書兼同意書 (その4)
- ⑤ 交通事故証明書

常務理事	事務長	係