

第三者の行為による傷病事故届

被保険者等の 記号・番号			所 属 事 業 所 及 び 部 署 名		電話（内線）	
1. 被 害 者	住 所	〒 電話（ ）				
	氏 名					
	生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	続柄（被扶養者の場合）
2. 加 害 者	住 所	〒 電話（ ）				
	氏 名					
	生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	性 別 男 ・ 女
3. 加 害 者 の 勤 務 先	住 所	〒 電話（ ）				
	会 社 名					
4. 事 故 発 生	日 時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃				
	場 所					
	事故取扱 警察署名	署		係官名		
5. 傷害の部位 程 度						
6. 被害事故の 状 況 (詳 細 に)						
7. 自賠保険の 状 況	〔自動車損害賠償責任保険〕					
	保険会社名			保険契約者名		
	契 約 番 号			契 約 期 間		
	車 体 番 号			車 両 番 号		

令和 年 月 日

住所

被保険者

氏名

デクセリアルズ健康保険組合理事長 殿