

健康保険組合にご一報の上、ご記入ください。

第三者の行為による傷病届

(けんか・咬創・その他)

愛三工業健康保険組合 理事長殿

※添付書類: 念書・誓約書

事故の日時	平成	年	月	日(曜日)	午前/午後	時	分頃
事故の場所								
保険証番号				氏名				
職 場				連絡先				
被害者	住所							
	氏名			年令		続柄		
加害者	住所							
	氏名			年令		連絡先		
加害者の勤務地又は監督義務者	所在地							
	名称					連絡先		
事故状況								
	警察への届出			済(署)	
負傷時の飲酒の有無			有(酩酊・酒気帯び・軽度)			無		
治療状況	病院名					傷病名		
	入院中(月頃まで予定)		通院治療中(治癒見込		年 月 頃)	
	加害者の負傷状況		無 有 (傷病名:		全治 ヶ月)			
示談状況								
署名	上記の通り、虚偽なく届出いたします。							
	平成	年	月	日	被保険者氏名 又は負傷者氏名			_____ (印)