

第 三 者 の 行 為 に よ る 傷 病 届

野村證券健康保険組合理事長殿

項 目		内 容											
届出者	被保険者等記号・番号					—							
	被保険者氏名												
被害者 (受診者)	氏名・性別・年齢	・ ・ 歳											
	続柄・生年月日	・ 年 月 日生											
	住所・連絡先電話番号	・											
加害者 (第三者)	氏名・性別・年齢	・ ・ 歳											
	住所・連絡先電話番号・職業	・ ・											
事故発生	事故発生日時												
	事故発生場所												
自賠責保険 (加害者)	保険会社名												
	保険契約者名												
	登録番号												
	車台番号												
	保険期間 / 自賠責番号	/											
任意保険 (加害者)	保険会社名												
	取扱店所在地・電話	・											
	担当者名 / Eメール	/											
	保険契約者名												
	住所												
	保険期間 / 契約番号	/											
	任意対人一括の有無	有	・	無									
被害者加入の保険会社関与の有無		有	・	無									
治療状況	診療機関名/治療開始日/電話	/ /											
	所在地												
	診療機関名/治療開始日/電話	/ /											
	所在地												