

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	3	3	0	0	—	1	1	1	1	0	0	0
	被保険者氏名	野村 太郎											
被害者 (受診者)	氏名・性別・年齢	野村 一郎 ・ 男 ・ 15 歳											
	続柄・生年月日	長男 ・ 平成 〇 年 〇 月 〇 日生											
	住所・連絡先電話番号	東京都新宿区〇〇町 ・ 03-222-2222											
加害者 (第三者)	氏名・性別・年齢	〇〇 〇〇 ・ 男 ・ 〇 歳											
	住所・連絡先電話番号・職業	東京都大田区〇〇町 ・ 03-111-1111 ・ 運送業											
事故発生	事故発生日時	令和〇年〇月〇日 午後5時半頃											
	事故発生場所	東京都新宿区〇〇町 交差点											
自賠責保険 (加害者)	保険会社名	〇〇海上保険											
	保険契約者名	〇〇 〇〇											
	登録番号	品川 た 2222											
	車台番号	A44444											
	保険期間 / 自賠責番号	令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日 / 1A2BQQ1234											
任意保険 (加害者)	保険会社名	〇〇損害保険											
	取扱店所在地・電話	〇〇〇〇〇 ・ 01-000-0000											
	担当者名 / Eメール	〇〇 〇〇 / aaaa@bb.co.jp											
	保険契約者名	〇〇 〇〇											
	住所	〇〇 〇〇											
	保険期間 / 契約番号	令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日 / A002222222											
	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	NOMURA病院											
	所在地	東京都新宿区〇〇											
	診療機関名/治療開始日/電話												
	所在地												