

第三者行為による傷病届

届出者	被保険者証記号番号(保険者名)	— (大阪工作機械健康保険組合)		
	保険者の住所	大阪市天王寺区上本町7-1-24 松下ビル8階		
	被保険者氏名	⑩		
被害者 (受診者)	氏名・性別・年齢	男・女 歳		
	続柄・生年月日	S・H・R 年 月 日		
	住所・電話番号			
加害者 (第三者)	氏名・性別・年齢	男・女 歳		
	住所・電話番号			
事故発生	事故発生日時	年 月 日・時 分頃		
	事故発生場所			
	何をし てきた	工作中・通勤時・私用中()・その他()		
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	年 月 日 ~ 年 月 日	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	年 月 日 ~ 年 月 日	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(注)		有・無		
	診療機関名/治療開始日/電話番号		年 月 日	
	所在地/入院の有無			有・無
	診療機関名/治療開始日/電話番号		年 月 日	
	所在地/入院の有無			有・無

(注)保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入してください。

(自賠責共済、任意共済の場合には、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容を記載してください。)