

年 月 日

資生堂健康保険組合殿

事業所名	
担当者名	
T E L	

自動車事故以外の 第三者行為による傷病届

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	記号・番号 —	氏名	(社員番号：)	
現 住 所	〒 —			
被害者が勤務し ている事業所	氏 名			
	所 在 地	〒 — () —		
被扶養者がうけた 事故であるとき	氏 名	被 保 険 者 と の 続 柄 お よ び 生 年 月	続柄 年 月 生	
負 傷 状 況 調 査	誰	が	() 才 職業 ()	
	い	つ	年 月 日 () 時 分頃	
	ど	こ	で	
	ど	ん	な 用 務 で	
	事	故	の 状 況	
	負	傷	名	
病	院	名	入 院 ・ 通 院 区 分	入 院 ・ 通 院

加 害 者	氏 名	() 才 職業 ()
	保 護 者 氏 名 (加害者が未成年の場合)	() 才 職業 ()
	住 所	自宅TEL
	勤 務 先	会社TEL

上記の通りお届けします。 年 月 日 被保険者氏名 (印)

この届出は例えば

- ・歩いていて建築現場から物が落下してケガをした時----- 建築会社が治療費を支払う時
- ・食堂などで食中毒になった時----- 食堂が治療費を支払う時
- ・他人の犬等にかまれた時----- 飼主が治療費を支払う時
- ・暴力によってケガをした時----- 加害者が治療費を支払う時