

## 第三者の行為に因る傷病届

被害者	氏名	フリガナ	被保険者との続柄	被保険者証記号番号		
		昭・平 年 月 日生( 歳)				
第三者	本人	住所	電話			
		氏名	フリガナ	年 月 日生		
	使用者	住所				
		名称				
		代表者名	電話			
	事故の状況	発生日時	平成 年 月 日	午前 午後	時 分頃	
発生場所						
原因・状況						
診療機関	傷病名		初診日	年 月 日		
	治癒期間(見込)	入院 日	通院 日	費用 円		
	保険医療機関	住所				
		名称	電話			
損害賠償関係	示談等の交渉状況					
	自賠責保険	保険会社	電話			
		契約者名	担当者			
		保有者	住所			
			氏名			
	証明書番号	担当者				
	任意保険	保険会社	住所			
			氏名	電話		
証券番号		担当者				

上記のとおりお届けします。

平成 年 月 日

被保険者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

ダイヘン健康保険組合  
理事長 手嶋 鍊 二 様