

### 第三者行為による傷病届

|   |                       |               |           |   |  |
|---|-----------------------|---------------|-----------|---|--|
| 被保険者証<br>記号・番号  |                       | 被害者氏名<br>生年月日 | 昭・平 年 月 日 | 本人<br>家族                                    |  |
| 事故の日時・場所  |                       |               |           |   |  |
| 事故の概要   |                       |               |           |   |  |
| 第<br><br><br><br><br><br><br>三<br><br><br><br><br><br><br>者 | 氏 名                   |               |           |   |  |
|   | 住 所                   |               | ( ☎ )     |   |  |
|   | 勤務先名称                 |               |           |   |  |
|   | 所 在 地                 |               | ( ☎ )     |   |  |
|   | 自<br>動<br>車<br>保<br>險 | 強 制           | 保険会社名     | ( ☎ )                                       |  |
|   |                       |               | 証明書番号     |   |  |
|   | 任 意                   | 保険会社名         | ( ☎ )     |   |  |
|   |                       | 証明書番号         |           |   |  |
| 傷 病 名   |                       |               | 治 療 費     | 加害者負担<br>被<br>害<br>者<br>負<br>担<br><br>健 保 扱 |  |
| 治療した医療機関名   |                       |               |           |   |  |

上記のとおりお届けします。

年 月 日

住 所  
被保険者  
氏 名

(印)

大阪府農協健康保険組合理事長殿