

### 第三者行為による傷病届（交通事故用）

| 項 目                |                  | 内 容                                                                            |                               |        |                   |
|--------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------|-------------------|
| 届出者                | 被保険者証記号番号(保険者名)  | 記号                  番号                  (神奈川県電設健康保険組合)                         |                               |        |                   |
|                    | 保険者の住所(届出先)／電話   | 〒231－0033<br>神奈川県横浜市中区長者町4－11－11                  ☎ 045－315－5141<br>長者町デュオビル5階 |                               |        |                   |
|                    | 被保険者氏名           |                                                                                |                               |        |                   |
| (受診者)<br>被害者       | 氏名・性別・年齢         | 男 ・ 女    (         歳 )                                                         |                               |        |                   |
|                    | 続柄・生年月日          |                                                                                | 昭和・平成・令和      年      月      日 |        |                   |
|                    | 住所・電話            | 〒<br><br>(☎         －         － )                                              |                               |        |                   |
| (第三者)<br>加害者       | 氏名・性別・年齢         | 男 ・ 女    (         歳 )                                                         |                               |        |                   |
|                    | 住所・電話            | 〒<br><br>(☎         －         － )                                              |                               |        |                   |
| 事故発生               | 事故発生日時           | 令和          年          月          日          午前・午後          時          分       |                               |        |                   |
|                    | 事故発生場所           |                                                                                |                               |        |                   |
| 自賠責保険<br>(加害者)     | 保険会社名（連絡先）       | ☎         －         －                                                          |                               |        |                   |
|                    | 保険契約者名           |                                                                                |                               |        |                   |
|                    | 登録番号 / 車台番号      |                                                                                |                               |        |                   |
|                    | 保険期間             | 令和          年          月          日 ～ 令和          年          月          日      |                               |        |                   |
|                    | 自賠責番号            |                                                                                |                               |        |                   |
| 任意保険<br>(加害者)      | 保険会社名            |                                                                                |                               |        |                   |
|                    | 取扱店所在地 ・ 電話      | 〒<br><br>(☎         －         － )                                              |                               |        |                   |
|                    | 担当者名 / Eメール      |                                                                                |                               |        |                   |
|                    | 保険契約者名 / 住 所     |                                                                                |                               |        |                   |
|                    | 保険期間             | 令和          年          月          日 ～ 令和          年          月          日      |                               |        |                   |
|                    | 契約番号 / 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                                                                          |                               |        | ☎ 担当者 (         ) |
| 治療状況               | 診療機関名／治療開始日／電話   |                                                                                |                               | 令和 . . | ☎                 |
|                    | 所 在 地            |                                                                                |                               |        | 入院の有無   有 ・ 無     |
|                    | 診療機関名／治療開始日／電話   |                                                                                |                               | 令和 . . | ☎                 |
|                    | 所 在 地            |                                                                                |                               |        | 入院の有無   有 ・ 無     |

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は勤務による交通事故ではありません。

(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。)