

### 第三者行為による傷病届

項 目		内 容			
届 出 者	被保険者証記号番号	エンターテイメント健康保険組合	記号		番号
	健康保険組合の住所	東京都中央区日本橋箱崎町3番12号 5セントラルビル501			
	被保険者氏名				
被 害 者 (受診者)	氏名・性別・年齢			男・女	年齢 歳
	続柄・生年月日	続柄		生年月日	年 月 日
	住所・電話	〒			
加 害 者 (第三者)	氏名・性別・年齢			男・女	年齢 歳
	住所・電話	〒			
事 故 発 生	事故発生日時				
	事故発生場所				
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				
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				
	任意対人一括の有無				
加害者加入の保険会社関与の有無(注)		有	無		
状 治 況 療	診療機関名/治療開始日/電話				
	所在地				
の 警 届 察 出 へ	有・無 及び所轄署	有・無		警察署	
	被害届受理番号等				

**本件は、業務上又は通勤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。