

### 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蛸殻町1-16-11 EDGE日本橋蛸殻町ビル6F				
	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。