

第三者行為による負傷届

令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者証の記号	123	番号	456	職種	看護師
	フリガナ	ケンボ タロウ				
	氏名	健保 太郎 (印)				
	住所	〒***-*** 千葉県〇〇区△△町×× TEL ***-***-****				
	勤務先名称	医療法人社団 〇〇病院				
勤務先所在地	〒***-*** 千葉県〇〇区△△町〇〇 TEL ***-***-****					
フリガナ					続柄	
負傷者が被扶養者の場合はその者の氏名						
負 傷 の 状 況	発生日時	平成・令和 ** 年 ** 月 ** 日 / 午前 午後 ** 時 ** 分頃				
	発生場所(住所)	千葉県〇〇区△△町 付近				
	どんな用事で	買い物に行く途中				
	どんな状態だけがをしたか (詳細)	ぶつかって言いがかりをつけられ、殴られた				
警察への届出の有無	有: (<input checked="" type="radio"/>) 警察署・派出所へ届出 無: (理由)					
治 療 の 状 況	医療機関名称	医療機関所在地	受診期間		治療費	
	1. 〇〇整形外科	〒***-*** 千葉県〇〇区××	入院	～	健康保険・自費	
			通院	R*** ～ R***	その他()	
	2.	〒	入院	～	健康保険・自費	
			通院	～	その他()	
	3.	〒	入院	～	健康保険・自費	
通院			～	その他()		
傷病手当金の請求	無・有		平令 年 月 日～	平令 年 月 日まで		

