

第三者の行為による傷病届
 (喧嘩・咬創・その他)

受付

受付No.

トヨタ自動車健康保険組合 理事長殿

日時等	事故日	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分ごろ											
	発生場所												
	警察の届出	未届 ・ 届出済 (署)											
被保険者	保険証等の記号・番号										被保険者氏名		
	職 場	工 場 部 課・室 組・G								日中の連絡先	() -		
負傷者	氏 名									TEL() -	年令		
	住 所	〒											
	受診状況	病院名							入院	有 (日間) ・ 無			
		傷病名							治癒見込	年 月頃			
	医療機関での窓口支払い	☐ 自分 ☐ 相手または相手の保険会社 ☐ その他()											
相手	住 所	〒											
	氏 名									TEL() -	年 令		
	勤務地又は監督義務者	所在地	〒										
		名 称	TEL() -										
	任意保険 〔個人賠償責任保険等〕	保険会社								担当者名	TEL() -		
		〒											
	事故状況 〔具体的に 詳細をご記入 ください。〕	(どこで、なにををしているときに、どのように)											
	示談状況	負傷時の飲酒の有無								有 (酩酊・酒気帯び・軽度) ・ 無			
示談が終了している場合は示談書のコピーを添付して下さい													
署名	上記のとおり、虚偽なく届出いたします。 年 月 日 被保険者氏名 又は負傷者氏名 ⑩												
請求の可否	可	任意保険・加害者・本人								否	請求権なし(自損・100%過失)・不能		
付加金	支払・停止	マスタ登録	／	マスタ取消し	／	治癒日	年 月 日						