

年 月 日

日本トランスシティ健康保険組合理事長 殿

被保険者 住 所
氏 名 ⑩

第三者行為による傷害事故届

記号・番号			所 属		
被 害 者	氏 名			続 柄	
加 害 者	住 所				
	氏 名			職 業	
	生年月日			性 別	
	勤務先				
	勤務先電話番号				
	勤務先所在地				
事故発生	日 時				
	場 所				
	所管警察署				
傷害の部位・程度					
被害事故の状況	*詳しく記入、現場見取り図を添付すること*				
自動車事故による場合は加害者の運転していた車について					
車両種別	保険会社名		(自賠) (任意)		
登録番号	保険証書番号		(自賠) (任意)		
保険契約者		住 所 氏 名			