

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

被保険者証・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			
車輦種別	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		