

(様式第15号)

第三者の行為による傷病届

被保険者証 記号番号	建設						被保険者名(怪我をされた方)	組合員 との続柄			
事故発生の日時 及び発生場所	令和	年	月	日	午前 午後	時	分頃	場所			
加害者	加害者の氏名										
	加害者の住所										
	加害者の電話番号										
警察への届出	有 無	届出所轄署						警察署			
事故の原因と状況	※どのようにして 事故になってし まったか具体的 に書いて下さい。										
取扱 病院	病院名						傷病名				
	電話番号						診療開始日	年	月	日	入院

上記の通りお届けします。												
令和	年	月	日	組合員名								印
				住所								
埼玉県建設国民健康保険組合				理事長殿								
				電話								