

第三者行為による傷病届(交通事故)

記入例

提出日 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日

被 保 険 者 記 入 欄 (該 当 す る □ に ✓)	保険証の 記号番号	記号	99	番号	99999	被保険者氏名	健保 太郎				
	会社名	(株)〇〇商事				所属	営業部〇〇課				
	連絡先	自宅TEL(03) 1111 - 1234				携帯TEL(090) 1234 - 5678					
	事故にあった人	氏名	健保 花子			続柄	妻		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 59年 5月 5日	
	事故発生日時	平成 ●●年 ●●月 ●●日				<input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		10時 50分 頃			
	事故発生場所	東京 (都)道・府・県 ××市の〇〇町南交差点									
	事故の形態	当方 : <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> オートバイ <input type="checkbox"/> 乗用車 <input type="checkbox"/> 同乗 <input checked="" type="checkbox"/> その他(自転車) 相手 : <input type="checkbox"/> 徒歩 <input checked="" type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> オートバイ <input type="checkbox"/> 乗用車 <input type="checkbox"/> その他()									
	事故発生時	<input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input checked="" type="checkbox"/> その他(買い物から帰る途中)									
	届出警察署	△△ 警察署									
	受診した 医療機関	名称	〇〇整形外科				TEL	(03) XX - XXXX			
		住所	東京 (都)道・府・県 △△市□□町×-×-××								
	病院窓口での負担	<input type="checkbox"/> 相手方(保険会社)負担 <input checked="" type="checkbox"/> 本人負担 <input type="checkbox"/> その他()									
	当方の任意保険	人身傷害保険を <input checked="" type="checkbox"/> 使用した・する <input type="checkbox"/> 使用しない									
		保険契約者	氏名	健保 太郎			TEL	03-1111-1234			
			住所	東京都△△市□□町〇-〇-〇〇							
保険会社		名称	〇●損害保険(株)				担当者	保険 付			
		住所	東京都△△市▲▲町△-△				TEL	03-9999-9999			
証書番号	第 11-9876542 号										
事故相手	氏名		住所			TEL					
	運転者	加害 一郎		〇〇県□□市××町5-6			080-9876-5432				
	車両所有者										
相手方の 自賠責保険	氏名		住所			TEL					
	保険契約者	加害 一郎		〇〇県□□市××町5-6			080-9876-5432				
	保険会社	名称	〇●損害保険(株)				担当者				
		住所	東京都△△市▲▲町△-△				TEL				
	証書番号	ABCDE123									
相手方の 任意保険	保険契約者	相手方、相手方の保険会社に聞いて書く、									
	保険会社	名称	住所				担当者	または書いてもらってください			
		住所					TEL				
	証書番号										

【注意事項】

- 健康保険を使用する場合は(使用したときは直ちに)、健保組合に連絡してください。連絡がない場合は健康保険の使用を不許可とします。
- 本紙とともに、念書、事故発生状況報告書、交通事故証明書を提出してください。
- 記入はボールペンで、書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。

健 保 記 入 欄	制限条項	<input type="checkbox"/> 第57条(第三者行為) <input type="checkbox"/> 第116条(故意) <input type="checkbox"/> 第117条(不行跡)			
	給付制限	付加金	医療費	傷病手当金	その他
	求償請求	<input type="checkbox"/> 請求権なし <input type="checkbox"/> 免除 <input type="checkbox"/> 放棄 <input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> その他()			
	請求方法	<input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> 任意一括 <input type="checkbox"/> その他()			
決裁	常務理事	事務長	担当	健保受付印	