

# 第三者行為による傷病届(交通事故)

提出日 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄 ( 該 当 す る □ に ✓ )	保険証の 記号番号	記号	番号	被保険者氏名		(印) シヤチハタ可	
	会社名			所属			
	連絡先	自宅TEL( )		—	携帯TEL( )		—
	事故にあった人	氏名		続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	事故発生日時	平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時 分 頃	
	事故発生場所	都・道・府・県					
	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 type="checkbox"/> その他( )				
		相手	<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"/> その他( )				
	事故発生時	<input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> その他( )					
	届出警察署	警察署					
	受診した 医療機関	名称				TEL	( ) —
		住所	都・道・府・県				
	病院窓口での負担	<input type="checkbox"/> 相手方(保険会社)負担 <input 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 type="checkbox"/> 使用した・する		<input type="checkbox"/> 使用しない	
		保険契約者	氏名			TEL	
		住所					
保険会社		名称			担当者		
	住所			TEL			
	証書番号						
事故相手	氏名		住所		TEL		
	運転者						
	車両保有者						
相手方の 自賠責保険	氏名		住所		TEL		
	保険契約者						
	保険会社	名称			担当者		
		住所			TEL		
	証書番号						
相手方の 任意保険	氏名		住所		TEL		
	保険契約者						
	保険会社	名称			担当者		
		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	