

# 第三者行為による傷病届(交通事故)

記入例

提出日 平成 27 年 4 月 1 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 太郎		続柄	本人		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 40 年 5 月 5 日			
	事故発生日時	平成 27 年 3 月 2 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㈱			担当者	損保 一郎					
	住所	東京都△△市▲▲町△-△			TEL	03-9999-9999						
	証書番号	第 11-9876542 号										
事故相手	運転者	氏名				住所				TEL		
相手方の 自賠責保険	車両保有者	氏名				住所				TEL		
	保険契約者	<b>相手方、相手方の保険会社に聞いて書く、 または書いてもらってください</b>										
	証書番号											
相手方の 任意保険	保険契約者	氏名				住所				TEL		
	保険会社	名称				担当者				TEL		
	住所											
	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	