

第三者行為による傷病届(ケンカ・咬創など交通事故以外)

記入例

提出日 平成27年 ○月 ×日

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	〇×〇株式会社			所属	人事部					
連絡先	自宅TEL(0123) 21 - 1234			携帯TEL(090) 1234 - 5678						
事件・事故に あった人	氏名	健保 太郎		続柄	本人		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 59年 5月 5日		
発生日時	平成 27年 3月 1日 (日) <input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 9時 30分 頃									
発生場所	東京 都 道・府・県 ××市〇〇町路上									
発生時	<input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input checked="" type="checkbox"/> その他(外食先から帰る途中)									
警察署への届出	<input checked="" type="checkbox"/> 済 △△△ 警察署 <input type="checkbox"/> 未届									
受診した 医療機関	名称	〇〇整形外科			TEL	(1234) XX - XXXX				
	住所	東京 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 checked="" type="checkbox"/> 本人負担 <input type="checkbox"/> その他()									
当方の任意保険	治療費を補償する保険を <input checked="" type="checkbox"/> 使用した・する(保険名称:ニューハッピープラン) <input type="checkbox"/> 使用しない									
事件・事故の相手 (複数の場合は裏面 空きスペースにご記入 下さい)	氏名	〇山〇郎		年齢	25		住所	××市〇〇町×-×-××		
	TEL		0123-〇〇-〇〇〇〇							
事件・事故の状況 具体的に詳細をご 記入ください	(どこで、なにをしているときに、どのように) 休日に〇〇町へ買い物にいったとき、背後から駆け下りてきた男性の肩があたり、 勢いがあった為、突き飛ばされるようにして階段の三段目から足を踏み外し落下し 手をつき左手首を骨折した。									
事件・事故時の飲酒の有無	有(酩酊・酒気帯び・軽度) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無									
相手の負傷状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有(傷病名: 全治 月・日)									
相手方の 勤務地・監督義 務者・代理人等 (あてはまる欄にご 記入ください)	勤務先	(株)××商事			TEL	(1234)00-XXXX				
	住所	△△市◇◇町×-×-××								
	監督義務者・代理人氏名				相手方との関係					
相手方の 任意保険	監督義務者・代理人住所									
	氏名	〇山〇郎		住所	××市〇〇町×-×-××			TEL	0123-〇〇-〇〇〇〇	
	名称	〇●海上火災保険㈱			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									
示談状況	<input type="checkbox"/> 済 <input checked="" type="checkbox"/> 未 示談終了の場合はコピーを添付してください									

注意事項
・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。