

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)			
	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 年 月 日	
	事故発生日時	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								
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 自賠償保険	氏名		住所			TEL			
	保険契約者								
	保険会社	名称				担当者			
		住所							
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							
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"/> 自賠償 <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	

第三者行為による傷病届(交通事故)

記入例

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	99	番号	99999	被保険者氏名	健保 太郎				
	会社名	(株)○○商事				所属	営業部○○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	○○年 ○月 ○日	
	事故発生日時	●●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○○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	○○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○-○-○○							
保険会社		名称	○●損害保険㈱			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		○○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		○○県□□市××町5-6			080-9876-5432				
	保険会社	名称	○●損害保険㈱			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	常務理事	事務長	担当	健保受付印	
裁					