

第三者行為による傷病届(交通事故以外 ケンカ・咬創など)

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()		—
	事件・事故に あった人	氏名		続柄		生年月日	年 月 日
	発生日時	年 月 日 ()		<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時 分 頃	
	発生場所	都・道・府・県					
	発生時	<input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> その他()					
	警察署への届出	<input type="checkbox"/> 済 警察署 <input type="checkbox"/> 未届					
	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	治療費を補償する保険を <input type="checkbox"/> 使用した・する(保険名称:) <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	年齢	住所		TEL	
	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)					
	相手の負傷状況	事件・事故時の飲酒の有無		有(酩酊・酒気帯び・軽度) ・ 無			
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				TEL	() —	
	住所						
	監督義務者・代理人氏名				相手方との関係		
	監督義務者・代理人住所						
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		
		住所			TEL		
	証書番号						
示談状況	<input type="checkbox"/> 済 <input 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】

- 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(交通事故以外 ケンカ・咬創など)

記入例

提出日 ○○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	○×○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 花子		続柄	妻		生年月日	○○年 ○月 ○日		
発生日時	●●年 ●●月 ●●日 (日) <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 9時 30分 頃									
発生場所	東京 (都) 道・府・県 ××市の○○町南交差点									
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	○○整形外科			TEL	(1234) 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	治療費を補償する保険を <input 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	年齢	住所		TEL					
	加害 一郎	25	○○県□□市××町5-6		080-9876-5432					
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○○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	氏名		住所			TEL				
	加害 一郎		○○県□□市××町5-6			080-9876-5432				
	保険会社	名称	○●海上火災保険(株)			担当者	賠償 保			
		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】

- 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	