

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✓) | 被保険者等 記号番号 | 記号 | 99 | 番号 | 99999 | 被保険者氏名 | ふりがな | けんぼ たろう 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 | ふりがな | けんぼ はなこ 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 type="checkbox"/> 本人負担 <input checked="" type="checkbox"/> その他(相手方保険支払い 1/31迄 健康保険使用 2/1から) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | 〒000-0000 東京都△△市□□町○-○-○○ | | | | | | | | | | | | | |
| 保険会社 | | 名称 | ○●損害保険㈱ | | | 担当者 | 保険 付 | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒000-0000 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 | | | | | | | | | | | | |
| | 運転者 | 加害 一郎 | | 〒000-0000 ○○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 | | | | | | | | | | | | |
| | 保険契約者 | 加害 一郎 | | 〒000-0000 ○○県□□市××町5-6 | | 080-9876-5432 | | | | | | | | | | | |
| | 保険会社 | 名称 | ○●損害保険㈱ | | | 担当者 | | | | | | | | | | | |
| | | 住所 | 〒000-0000 東京都△△市▲▲町△-△ | | | TEL | | | | | | | | | | | |
| | 証書番号 | ABCDE123 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 相手方の 任意保険 | 氏名 | | | | 住所 | | | | | | | | | | | | |
| | 保険契約者 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 |