

第三者行為による傷病届(交通事故) 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)○○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(株)			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 自賠償保険	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(株)			担当者									
		住所	東京都△△市▲▲町△-△			TEL									
	証書番号	ABCDE123													
相手方の 任意保険	氏名		住所		TEL										
	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	担当者	健保受付印	