

第三者行為による傷病届(交通事故)

提出日 令和 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	番号	被保険者氏名		ふりがな		(印)		
	会社名				所属					
	連絡先	自宅TEL()			—	携帯TEL()			—	
	事故にあった人	氏名	ふりがな		続柄	生年月日	年 月 日			
	事故発生日時	令和	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(相手方保険支払い / 迄 健康保険使用 / から)								
	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	〒				TEL				
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 自賠責保険	氏名		住所			TEL				
	保険契約者	〒								
	保険会社	名称					担当者			
		住所	〒				TEL			
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	〒				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	