

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) シャチハタ可		
	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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 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()						
	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	

第三者行為による傷病届(交通事故) 記入例

提出日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

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)〇〇商事			所属	営業部〇〇課				
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	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 59年 5月 5日	
事故発生日時	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			<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 ××市の〇〇町南交差点								
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	〇〇整形外科			TEL	(03) XX - XXXX			
	住所	東京 (都) 道・府・県 △△市〇〇町×-×-××							
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△△市〇〇町〇-〇-〇〇						
	保険会社	名称	〇〇損害保険(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	運転者	氏名	加害 一郎		住所	〇〇県〇〇市××町5-6		TEL	080-9876-542
	車両所有者								
相手方の 自賠責保険	氏名 住所 TEL								
	保険契約者								
	保険会社	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		住所			担当者	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	