

第三者行為による傷病届 (ケンカ・咬創など交通事故以外)

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	発生日時	令和 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)					
事件・事故時の飲酒の有無 有(酩酊・酒気帯び・軽度) ・ 無							
相手の負傷状況	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				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(ケンカ・咬創など交通事故以外)

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		(印) 健保
会社名	〇×〇株式会社			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	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 59年 5月 5日 <input type="checkbox"/> 平成
発生日時	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (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 ××市の〇〇町南交差点							
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	〇〇整形外科			TEL	(1234) 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 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 checked="" 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	〇〇県〇〇市××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) 休日に〇〇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) ・ (無)			
相手の負傷状況	(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			
	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	〇〇海上火災保険(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 其他
	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