

# 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✓)	保険証の記号番号	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( )		—
	事故にあつた人	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	□午前 □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	( ) —
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