

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 |