

第三者行為による傷病届(交通事故) 記入例

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	99	番号	99999	被保険者氏名	ふりがな	けんぼ たろう 健保 太郎	印 健保	
	会社名	(株)○○商事			所属	営業部○○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	ふりがな けんぼ はなこ 健保 花子		続柄	妻		生年月日	○○年 ○月 ○日	
	事故発生日時	●●年 ●●月 ●●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○○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	○○整形外科			TEL	(03) XX - XXXX			
		住所	東京 都 道・府・県 △△市□□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	〒000-0000 東京都△△市□□町○-○-○○						
保険会社		名称	○●損害保険㈱			担当者	保険 付			
	住所	〒000-0000 東京都△△市▲▲町△-△			TEL	03-9999-9999				
証書番号		第 11-9876542 号								
事故相手	氏名		住所		TEL					
	運転者	加害 一郎		〒000-0000 ○○県□□市××町5-6		080-9876-5432				
	車両保有者	〒								
相手方の自賠責保険	氏名		住所		TEL					
	保険契約者	加害 一郎		〒000-0000 ○○県□□市××町5-6		080-9876-5432				
	保険会社	名称	○●損害保険㈱			担当者				
		住所	〒000-0000 東京都△△市▲▲町△-△			TEL				
証書番号		ABCDE123								
相手方の任意保険	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									
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 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>	