

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	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	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	東京都△△市□□町○-○-○○															
保険会社		名称	○●損害保険㈱				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	氏名		住所		TEL														
	運転者	加害 一郎		○○県□□市××町5-6		080-9876-5432													
	車両保有者																		
相手方の自賠償保険	氏名		住所		TEL														
	保険契約者	加害 一郎		○○県□□市××町5-6		080-9876-5432													
	保険会社	名称	○●損害保険㈱				担当者												
		住所	東京都△△市▲▲町△-△				TEL												
証書番号	ABCDE123																		
相手方の任意保険	氏名	住所		TEL															
	保険契約者	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																	
	保険会社										名称	住所		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	