

第三者行為による傷病届(交通事故)

記入例

提出日 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被 保 険 者 記 入 欄 (該 当 す る □ に ✓)	所属事業所名 ※任意継続の方は90	株式会社 JERA			社員番号	1234567		
	被保険者氏名	ふりがな	けんぽ たろう 健保 太郎		連絡先	(090) 1234 - 5678		
	事故にあった人	氏名	ふりがな	けんぽ はなこ 健保 花子	続柄	妻	生年月日	〇〇年 〇月 〇日
	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			××市の〇〇町南交差点			
	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 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	〇〇整形外科			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 type="checkbox"/> 本人負担 <input checked="" type="checkbox"/> その他(相手方保険支払い 1/31 迄 健康保険使用 2/1 から)						
	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□□町〇-〇-〇〇				
保険会社		名称	〇●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	加害 一郎		住所	〒000-0000 〇〇県□□市××町5-6		TEL	080-9876-5432
	運転者	加害 一郎		住所	〒			
	車両所有者	加害 一郎		住所	〒			
相手方の自賠責保険	氏名	加害 一郎		住所	〒000-0000 〇〇県□□市××町5-6		TEL	080-9876-5432
	保険契約者	加害 一郎		住所	〒000-0000 〇〇県□□市××町5-6		TEL	080-9876-5432
	保険会社	名称	〇●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	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、						
	保険会社	名称	相手方、相手方の保険会社に聞いて書く、			担当者		
		住所	相手方、相手方の保険会社に聞いて書く、			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	