

第三者行為による傷病届(交通事故)

被 保 険 者 記 入 欄 (該 当 す る □ に ✓)	被保険者等 記号・番号		記号	99	番号	99999	被保険者氏名		健保 太郎		
	会社名		(株)〇〇商事			所属		営業部〇〇課			
	連絡先		自宅TEI (03) 1111 - 1234 携帯TEI (090) 1234 - 5678								
	事故にあった人		氏名	健保 花子		続柄	妻		生年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	事故発生日時		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ☐ 午前 ☐ 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 : ☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ オートバイ ☐ 乗用車 ☐ 同乗 ☒ その他(自転車) 相手 : ☐ 徒歩 ☒ 自転車 ☐ オートバイ ☐ 乗用車 ☐ その他()								
	事故発生時		☐ 通勤途中 ☐ 勤務中 ☒ 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							
	病院窓口での負担		☐ 相手方(保険会社)負担 ☒ 本人負担 ☐ その他 (相手方保険支払い / 迄 健康保険使用 /)								
	当方の 任意保険		人身傷害保険を ☒ 使用した・する ☐ 使用しない								
			保険契約者	氏名	健保 太郎				TEL	03-1111-1234	
				住所	△△市□□町×-×-××						
			保険会社	名称	〇●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		〇〇県□□市××町5-6			080-9876-5432			
		車両所有者									
相手方の 自賠償保険		氏名	住 所				TEL				
		保険契約者	加害 一郎		〇〇県□□市××町5-6			080-9876-5432			
		保険会社	名称	〇●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、								
		保険会社	名称	担当者							
			住所	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		☐ 第57条(第三者行為) ☐ 第116条(故意) ☐ 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		☐ 請求権なし ☐ 免除 ☐ 放棄 ☐ 不能 ☐ その他()						
	請求方法		☐ 自賠償 ☐ 任意一括 ☐ その他()						
決 裁	常務理事	事務長	担当	健保受付印					

ークスアプリケーションズグループ 健康保険組合