

# 第三者行為による傷病届(交通事故)

記入例

氏名は自筆でご記入ください。

提出日 ○○月 ○○日

保険証の 記号番号	記号	99	番号	99999	被保険者氏名	健保 太郎			
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(株)			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		○○県□□市××町5-6		080-9876-5432			
	保険会社	名称	○●損害保険(株)			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	または書いてもらってください			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		