

第三者行為による傷病届 (交通事故以外 ケンカ・咬創など)

記入例

提出日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

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		〇×〇株式会社				所属	人事部				
	連絡先		自宅TEI (0123) 21 - 1234 携帯TEL (090) 1234 - 5678									
	事件・事故に あった人		氏名	健保 花子			続柄	妻	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日		
	発生日時		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (日) □午前 □午後 9 時 30 分 頃									
	発生場所		東京 都 道・府・県									
	発生時		□通勤途中 □勤務中 ☒ その他 外食先から帰る途中)									
	警察署への届出		☒ 済 △△△ 警察署 □未届									
	受診した 医療機関		名称	〇〇整形外科				TEL	(1234) XX - XXXX			
			住所	東京 都 道・府・県 △△市□□町×-×-××								
	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 / か)									
	当方の任意保険		治療費を補償する保険を ☒ 使用した・する(保険名称 ニューハッピープラン) □使用しない									
	事件・事故の相手 (複数の場合は裏面 空きスペースにご記入 下さい)		氏 名	年齢	住 所			TEL				
			加害 一郎	25	〇〇県□□市××町5-6			080-9876-5432				
	事件・事故の状況 具体的に詳細をご 記入ください		(どこで、なにをしているときに、どのように)									
			休日に〇〇町へ買い物へ行ったとき、背後から駆け下りてきた男性の方が当たり、									
			勢いがあったため、突き飛ばされるようにして階段の三段目から足を踏み外して落下し、									
			手をついて左手首を骨折した。									
事件・事故時の飲酒の有無		有(酩酊・酒気帯び・軽度) ・ 無										
相手の負傷状況		無 ・ 有(傷病名: 全治 月・日)										
相手方の 勤務地・監督義 務者・代理人等 (あてはまる欄にご 記入ください)		勤務先	株式会社 ××商事				TEL	(1234) 00 - XXXX				
		住所	△△市◇◇町×-×-××									
		監督義務者・代理人氏名				相手方との関係						
		監督義務者・代理人住所										
相手方の 任意保険		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	〇〇海上火災保険㈱			担当者	賠償 保				
			住所	東京都△△市▲▲町△-△			TEL	03-9999-9999				
証書番号		第 11-9876542 号										
示談状況		☐ 済 ☒ 未 示談終了の場合はコピーを添付してください										

【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

決
裁

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	☐ 自賠責 ☐ 任意一括 ☐ その他()			
決 裁	常務理事	事務長	担当	健保受付印

ワークスアプリケーションズグループ 健康保険組合