

第三者行為による傷病届(交通事故)

記入例

提出日 令和元年 9月 6日

保険証の 記号番号	記号	12	番号	345678	被保険者氏名	西部 太郎		
会社名	西部ガス株式会社			所属	人事労政部			
連絡先	自宅TEL(092) 1111 - 1234			携帯TEL(090) 1234 - 5678				
事故にあった人	氏名	西部 花子		続柄	妻		生年月日	昭和 62年 1月 4日
事故発生日時	令和 元年 9月 1日			<input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	10時 50分 頃			
事故発生場所	福岡 都・道・府・県 福岡市博多区〇〇町南交差点							
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 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(買い物から帰宅途中)							
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	(092) XX - XXXX		
	住所	福岡 都・道・府・県 福岡市博多区□□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	092-1111-1234		
	保険会社	住所	福岡県福岡市博多区千代1-17-1					
		名称	凸凹損害保険(株)		担当者	保険 一郎		
住所	福岡県福岡市中央区▲▲町△-△		TEL	092-9999-9999				
証書番号	第 11-9876542 号							
事故相手	氏名			住所				TEL
	運転者	加害 次郎		福岡県福岡市中央区××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 次郎		福岡県福岡市中央区××町5-6		080-9876-5432		
	保険会社	名称	〇●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
	保険会社	名称		住所		担当者		
	証書番号	TEL						

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

【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	