

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

〇〇 年

〇〇 月

〇〇 日

被 保 険 者 記 入 欄 (該 当 す る □ に ✓)	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	〇×〇株式会社					所属	人事部					
	連絡先	自宅TEL(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	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 ××市の〇〇町南交差点											
	発生時	☐ 通勤途中 ☐ 勤務中 ☒ その他(外食先から帰る途中)											
	警察への届出	☒ 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()											
	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	氏 名	年齢	住 所			TEL						
	(複数の場合は裏面 空きスペースにご記入 下さい)	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にいったとき、背後から駆け下りてきた男性の肩があたり、											
		勢いがあった為、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落下し											
		手をつき左手首を骨折した。											
	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)××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●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	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