

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 ○○年 ○○月 ○○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			(印) 健保	
	会社名	○×○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	○○年 ○月 ○日		
	発生日時	●●年 ●●月 ●●日 (日) <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 9時 30分 頃									
	発生場所	東京 (都) 道・府・県 ××市の○○町南交差点									
	発生時	<input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input checked="" type="checkbox"/> その他(外食先から帰る途中)									
	警察署への届出	<input checked="" type="checkbox"/> 済 △△△ 警察署 <input type="checkbox"/> 未届									
	受診した 医療機関	名称	○○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	<input type="checkbox"/> 相手方(保険会社)負担 <input type="checkbox"/> 本人負担 <input type="checkbox"/> その他()									
	当方の任意保険	治療費を補償する保険を <input checked="" type="checkbox"/> 使用した・する(保険名称:ニューハッピープラン) <input type="checkbox"/> 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	○○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○○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	保険契約者	氏名	住所			TEL					
	保険会社	名称	○●海上火災保険(株)			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	<input type="checkbox"/> 済 <input checked="" type="checkbox"/> 未	示談終了の場合はホ-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	<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	