

第三者行為による傷病届(交通事故以外 ケンカ・咬創など)

提出日 令和 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	番号	被保険者氏名			(印)
	会社名				所属		
	連絡先	自宅TEL() -			携帯TEL() -		
	事件・事故に あった人	氏名			続柄	生年月日	年 月 日
	発生日時	令和 年 月 日 () □午前 □午後 時 分 頃					
	発生場所	都・道・府・県					
	発生時	□通勤途中 □勤務中 □その他()					
	警察署への届出	□済 警察署 □未届					
	受診した 医療機関	名称				TEL	() -
		住所	都・道・府・県				
	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:) □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
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)						
	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				TEL	() -	
	住所						
	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				担当者	
		住所				TEL	
	証書番号						
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	□自賠責 □任意一括 □その他()			
決 裁	常務理事	事務長	担当	健保受付印	