

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	ふりがな	(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	ふりがな	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	<input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> その他()					
	警察署への届出	<input type="checkbox"/> 済 警察署 <input type="checkbox"/> 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	<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(相手方保険支払い / 迄 健康保険使用 / から)					
	当方の任意保険	治療費を補償する保険を <input type="checkbox"/> 使用した・する(保険名称:) <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
				〒			
				〒			
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)						
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		
相手方の 任意保険	監督義務者・代理人住所						
	氏名	住 所			TEL		
	保険契約者	〒					
	保険会社	名称	住所		〒	担当者 TEL	
示談状況	証書番号						
	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 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。
- 傷病届一式とは別に、事故の事実を証明する書面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。

事故届 有り 無し

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