

第三者行為による傷病届(交通事故)

豊田自動織機健康保険組合 御中

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	番号	被保険者氏名		(印) シヤチハタ可			
	会社名				所属				
	連絡先	自宅TEL() -			携帯TEL() -				
	事故にあった人	氏名			続柄			生年月日 年 月 日	
	事故発生日時	年 月 日			□午前 □午後		時 分 頃		
	事故発生場所	都・道・府・県							
	事故の形態	当方：□徒歩 □自転車 □オートバイ □乗用車 □同乗 □その他() 相手：□徒歩 □自転車 □オートバイ □乗用車 □その他()							
	事故発生時	□通勤途中 □勤務中 □その他()							
	届出警察署	警察署							
	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()							
	当方の 任意保険	人身傷害保険を □使用した・する □使用しない							
		保険契約者	氏名				TEL		
			住所						
保険会社		名称				担当者			
	住所						TEL		
証書番号									
事故相手			氏名	住所			TEL		
	運転者								
	車両所有者								
相手方の 自賠責保険			氏名	住所			TEL		
	保険契約者								
	保険会社	名称				担当者			
		住所						TEL	
証書番号									
相手方の 任意保険			氏名	住所			TEL		
	保険契約者								
	保険会社	名称				担当者			
		住所						TEL	
証書番号									

【注意事項】

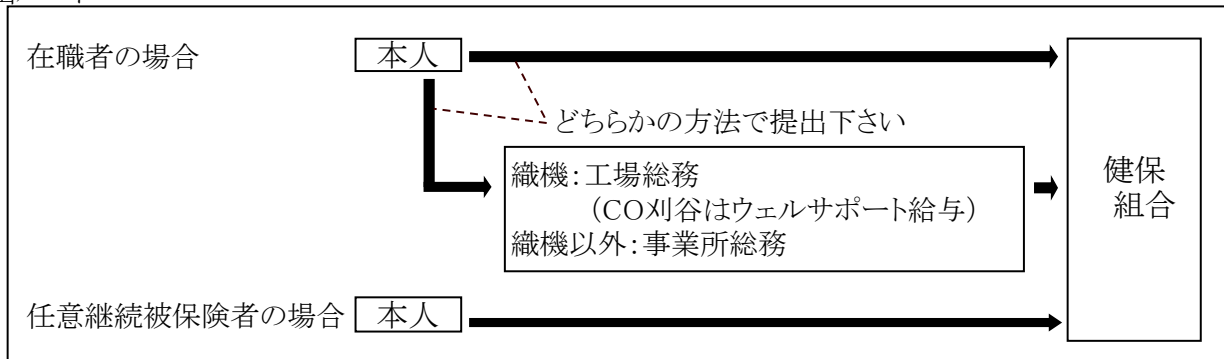
- 健康保険を使用する場合は(使用したときは直ちに)、健保組合に連絡してください。連絡がない場合は健康保険の使用を不許可とします。
- 本紙とともに、念書、事故発生状況報告書、交通事故証明書を提出してください。
- 記入はボールペンで、書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。

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	GM	担当	

健保受付印

--

2. 提出ルート



3. 個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健保組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用される場合があります。詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy> をご覧ください。

お問い合わせ先 〒448-0847 愛知県刈谷市宝町8丁目1番地
豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ
外線 0566-21-7784
内線 70-4611

(R1.5.15改訂)