

# 第三者行為による傷病届(交通事故)

記入例

豊田自動織機健康保険組合 御中

提出日 ○○年 ○○月 ○○日

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	(株)豊田自動織機			所属	刈谷工場○○部○○課			
連絡先	自宅TEL( 0566 ) 11 - 1234			携帯TEL( 090 ) 1234 - 5678				
事故にあった人	氏名	健保 花子		続柄	妻		生年月日	○○年 ○ 月 ○ 日
事故発生日時	●●年 ●●月 ●●日		<input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		10時 50分 頃			
事故発生場所	愛知 (都)道・府・県 ××市の○○町南交差点							
事故の形態	当方 : <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> オートバイ <input type="checkbox"/> 乗用車 <input type="checkbox"/> 同乗 <input checked="" type="checkbox"/> その他( 自転車 ) 相手 : <input type="checkbox"/> 徒歩 <input checked="" type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> オートバイ <input type="checkbox"/> 乗用車 <input type="checkbox"/> その他( )							
事故発生時	<input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input checked="" type="checkbox"/> その他( 買い物から帰る途中 )							
届出警察署	△△ 警察署							
受診した 医療機関	名称	○○整形外科			TEL	( 0566 ) XX - XXXX		
	住所	愛知 (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 checked="" type="checkbox"/> 本人負担 <input type="checkbox"/> その他( )							
当方の任意保険	人身傷害保険を		<input checked="" type="checkbox"/> 使用した・する			<input type="checkbox"/> 使用しない		
	保険契約者	氏名	健保 太郎			TEL	0566-11-1234	
		住所	愛知県△△市□□町○-○-○○					
	保険会社	名称	○●損害保険㈱			担当者	保険 付	
		住所	愛知県△△市▲▲町△-△			TEL	0566-99-9999	
証書番号	第 11-9876542 号							
事故相手	氏名		住所			TEL		
	運転者	加害 一郎		○○県□□市××町5-6		080-9876-5432		
	車両保有者							
相手方の 自賠責保険	氏名		住所			TEL		
	保険契約者	加害 一郎		○○県□□市××町5-6		080-9876-5432		
	保険会社	名称	○●損害保険㈱			担当者		
		住所	愛知県△△市▲▲町△-△			TEL		
	証書番号	ABCDE123						
相手方の 任意保険	氏名		住所			TEL		
	保険契約者	相手方、相手方の保険会社に聞いて書く、						
	保険会社	名称	住所			担当者	TEL	
		または書いてもらってください						
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	<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"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> 任意一括 <input type="checkbox"/> その他( )			
決裁	常務理事	事務長	GM	担当	

健保受付印