

第三者行為による傷病届(交通事故以外 ケンカ・咬創など)

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() -				
	事件・事故に あった人	氏名		続柄		生年月日	年	月	日
	発生日時	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()							
	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)							
	相手の負傷状況	事件・事故時の飲酒の有無				有(酩酊・酒気帯び・軽度) ・ 無			
		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							

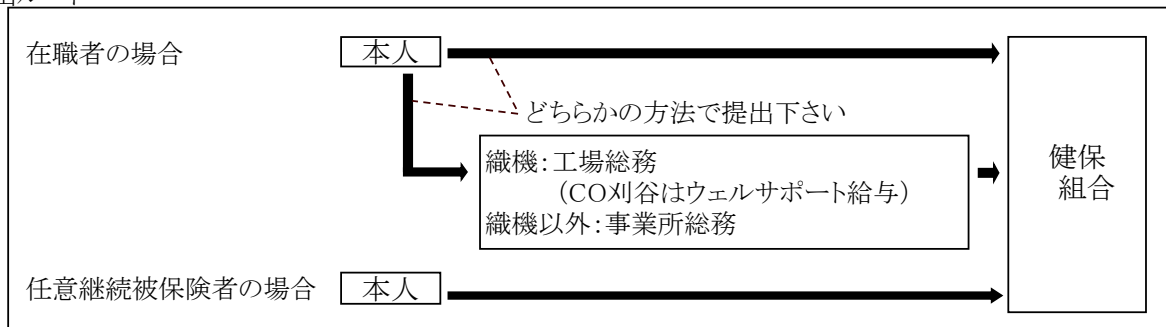
【注意事項】

- ・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	□自賠償 □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する場合があります。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

(R1.5.16改訂)