

第三者行為による傷病届(交通事故)

										提出日 令和 年 月 日						
被 保 険 者 記 入 欄 (該 当 す る □ に ✓)	被保険者等の 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() ー 携帯TEL() ー												
	事故にあった人		氏名	ふりがな				続 柄			生年 月日	年 月 日				
	事故発生日時			令和 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	() ー					
			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 / から)												
	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】 黒崎播磨健康保険組合(601) 2024.12

- ・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				