

第三者行為による傷病届（交通事故）記入例

提出日 ○○年 ○○月 ○○日

被 保 険 者 記 入 欄 (該 当 す る □ に ✓)	被保険者等 記号・番号	記号	111	番号	1234	被保険者氏名	共愛 太郎			
	施設名	戸畑リハビリテーション病院			部署	3階病棟				
	連絡先	自宅TEL (093) -333-4444			携帯TEL 090-5555-8888					
	事故にあった人	氏名	共愛 太郎		続柄	本人	生年月日	○○年 ○月 ○日		
	事故発生日時	○○年 ○月 ○日		□午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 ○時 ○分頃						
	事故発生場所	福岡 都・道・府・県 北九州市戸畑区○○町交差点								
	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 checked="" type="checkbox"/> 乗用車	<input type="checkbox"/> 同乗	<input type="checkbox"/> その他 ()		
		相手	<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> オートバイ	<input checked="" 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 (スポーツジムに行く途中)								
	届出警察署	△△ 警察署								
	受診した 医療機関	名称	○○整形外科			TEL	(093) 111 - 2222			
		住所	福岡 都・道・府・県 北九州市小倉北区▲▲町1-2-3							
	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	共愛 太郎			TEL	090-5555-8888		
		住所	福岡県北九州市若松区▲▲町×-×							
保険会社		名称	●○損害保険株式会社			担当者	鈴木 三郎			
		住所	東京都△△市▲▲町△-△			TEL	03-9999-9999			
	証書番号	第 22- 11223344 号								
事故相手	氏名	住所			TEL					
	運転者	損保 花子	福岡県北九州市小倉南区▲町1-2			080-3210-0000				
	車両保有者									
相手方の 自賠責保険	氏名	住所			TEL					
	保険契約者	損保 花子	福岡県北九州市小倉南区▲町1-2			080-3210-0000				
	保険会社	名称	●○海上保険(株)			担当者				
		住所	東京都△△市▲▲町△-△			TEL				
	証書番号	ABCD12345								
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、または書いてもらってください								
	保険会社	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	係員	係員			

(R6.11)

受付日付印