第三者行為による傷病届 (交通事故以外 ケンカ・咬創など) 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	戸畑共立病院			部署	医事課				
	連絡先	自宅TEL (093) -111-2222			携帯TEL 090-1234-9999					
	事件・事故に あった人	氏名	共愛 花子		続柄	妻		生年月日	○○年 ○月 ○○日	
	発生日時	○○年 ○月 ○日 (日 ☒ 午前 ☐ 午後 9時 30分頃)								
	発生場所	福岡 都・道・府・県 北九州市戸畑区●●公園内								
	発生時	☒ 通勤途中 ☐ 勤務中 ☐ その他 (買い物先から帰る途中)								
	警察署への届出	☒ 済 ●●● 警察署 ☐ 未届								
	受診した 医療機関	名称	●●●外科			TEL	(093) 1234 -5678			
		住所	福岡 都・道・府・県 北九州市戸畑区●●1-2-3							
	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				
		健保 一郎	30	福岡県北九州市小倉北区●●町1-2		080-1234-1234				
	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)								
		休日に買い物後公園内を徒歩中に健保太郎さんの飼い犬に右手を咬まれ出血した								
	事件・事故時の飲酒の有無	有 (酩酊・酒気帯び・軽度) ・ ☒ 無								
	相手の負傷状況	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	●●株式会社			TEL	(093) 123 - 3456				
	住所	福岡県福岡市中央区●●1-1-1								
	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	氏名	住所		TEL						
	保険契約者	健保 一郎	福岡県北九州市小倉北区●●町1-2		080-1234-1234					
	保険会社	名称	○●海上火災保険(株)			担当者	田中 次郎			
		住所	東京都●●市●●町●●-●●			TEL	03-7777-8888			
証書番号										
示談状況	☐ 済 ☒ 未	示談終了の場合は北-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	☐ 自賠責	☐ 任意一括	☐ その他()		
決裁	常務理事	係員	係員			

(R6.11)

受付日付印