

第三者行為による傷病届

記入 令和 年 月 日

◆健康保険を使用する場合、事故は必ず「人身」で届出して下さい。また本届に事故証明の原本を添付して下さい。

被保険者証の 記号・番号	記号			被保険者の氏名				印	
	番号			生 年 月 日	昭和・平成	年 月 日生			
被 保 険 者 の 現 住 所	住所	〒							
	電話				f a x				
この届が被扶養 者に関する場合	氏名						続 柄		
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日生							
被保険者の所属会社名									
届 出 内 容 区 分 (該 当 に ○) その他()内に記入	区分		業務外		業務中		通勤途上		
	内 容		単独の交通事故		相手のある交通事故				
			単独のその他事故()				相手があるその他事故()		
事 故 の 状 況	傷 病 名				発 生 年 月 日	年 月 日 前・後 時 分頃			
	事故発生場所								
	傷 病 の 状 態								
	警察への届出		届出済		届出していない		その他 ()		
	届 出 先	警察署			派出所 (応対者:)				
	事 故 の 責 任	当 方 ・ 相 手 方 ・ 双 方 ・ 不 明			責 任 割 合	(当方) : (相手方)			
事 故 の 原 因									
治 療 の 状 況	療 養 費 負 担	健康保険・被保険者負担・第三者（保険会社）負担・その他 ()							
	医 療 機 関	名 称							
		住 所	〒						
		電 話				f a x			
	療 養 開 始 日	①	年 月 日 (入院・通院) ～ 年 月 日迄						
②現在も療養中 (状態)									

当該事故について、あなた（もしくはあなたの扶養者）が加入する保険会社についてご記入ください。

あ な た の 保 険 会 社	自賠責 保険 会社名	社名：	支店名：	担当者：
		所在地：		電話：
	任意 保険 会社名	社名：	支店名：	担当者：
		所在地：		電話：

事故発生時の状況をご記入ください。

2/2

事故発生状況		
事故発生現場の見取図		①発生の場所がわかるように記入してください。 ・道路の状態 ・信号 ・スピード ②あなた、相手の位置や進行方向など、動きや位置関係などがわかるように記入してください。 ③気象状況や路面の状況

第三者との事故の場合にご記入ください。

第三者との事故の場合 (相手方)	氏名		連絡先	自宅	
	生年月日	大・昭・平 年 月 日生		勤務先	
		現住所			
相手方が法人・団体等の場合	氏名・名称				
	現住所				
第三者の氏名や住所が不明の時	理由				
相手方の保険会社	自賠責保険会社名	社名：	支店名：	担当者：	
		所在地：		電話：	
	任意保険会社名	社名：	支店名：	担当者：	
		所在地：		電話：	
健保記入欄					受付

(2020.7版)