第三者行為による傷病届（交通事故以外　ケンカ・咬創など）

提出日　令和　　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	ふりがな　　印
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	ふりがな	続柄	生年月日	年　月　日
発生日時	令和　　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（相手方保険支払い　／　迄 健康保険使用　／　か				
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ﾍﾟ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）			
	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		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		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			
示談状況	□済 □未	示談終了の場合はｺﾋﾟ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	□自賠責　□任意一括　□その他（　　）			

決裁	常務理事	事務長	担当

健保受付印

PwC 健康保険組合