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　〇〇 年　〇〇 月　〇〇 日

被保険者記入欄（該当する□に✓）

保険証の記号番号	記号	99	番号	99999	被保険者氏名	ふりがな　けんぽ　たろう 健保　太郎	印 健保
会社名	〇×〇株式会社				所属	人事部	
連絡先	自宅TEL（ 0123 ） 21 － 1234				携帯TEL（ 090 ） 1234 － 5678		
事件・事故にあった人	氏名	ふりがな　けんぽ　はなこ 健保　花子		続柄	妻	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日
発生日時	●● 年 ●● 月 ●● 日 （日）☑午前 □午後 9 時 30 分 頃						
発生場所	東京 都 道・府・県　××市の〇〇町南交差点						
発生時	□通勤途中　□勤務中　☑その他（ 外食先から帰る途中 ）						
警察署への届出	☑済　△△△ 警察署　□未届						
受診した医療機関	名称	〇〇整形外科			TEL	（ 1234 ） XX － XXXX	
	住所	東京 都 道・府・県　△△市□□町×－×－××					
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：ニューハッピープラン ）□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
	加害　一郎	25	〒000-0000　〇〇県□□市××町5－6	080-9876-5432
			〒	
			〒	

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）
	休日に〇〇町へ買い物にいったとき、背後から駆け下りてきた男性の肩があたり、
	勢いがあった為、突き飛ばされるようにして階段の三段目から足を踏み外し落下し
	手をつき左手首を骨折した。
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)××商事	TEL	(1234)00-XXXX	
住所	〒000-0000　△△市◇◇町×－×－××			
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	加害　一郎	〒000-0000　〇〇県□□市××町5－6		080-9876-5432
	保険会社	名称	〇●海上火災保険㈱	担当者	賠償　保
		住所	〒000-0000　東京都△△市▲▲町△－△	TEL	03-9999-9999
	証書番号	第　11-9876542　号			

示談状況	□済 ☑未	示談終了の場合はコピ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