

第三者行為（交通事故）による傷病届

東レ健康保険組合 御中

〇〇年〇〇月〇〇日

被 保 険 者	記 号	〇〇〇〇	番 号	1 2 3 4 5 6 7	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇) 歳	
	事業所	〇〇〇〇株式会社		職 場	〇〇〇〇〇〇〇〇		Tel. 000-000-0000
	住 所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇					
	氏 名	健保 太郎		Tel. 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
事故当事者 (当方)	1. 被保険者本人		2. 家族 氏名 () 続柄 () 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 () 歳				
事 故 発 生 時 の 状 況 (状況図は別紙に記入して添付して下さい)	発生日時	〇〇年〇〇月〇〇日 (〇) 曜日 前 (後) 〇〇 時 〇〇 分頃					
	発生場所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇交差点					
	通行手段	あなた側 ・徒歩 ・自転車 ・バイク (cc) ・自動車 (車種: 普通乗用車) 相手側 ・徒歩 ・自転車 ・バイク (cc) ・自動車 (車種: 普通乗用車)					
	通行目的	・通勤途中 ・業務中 ・私用外出 ・その他 ()					
負 傷 の 状 況	傷 病 名	頸椎捻挫					
	治 療 を 受 け た 医 療 機 関	① 病院名	〇〇〇〇病院 (所在地: 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇)				
		受診期間	〇〇月〇〇日から〇〇月〇〇日まで ・入院 (通院) (〇 回)				
		健康保険証の使用	・有 ・無		費用の支払い	・相手側 ・あなた側	
		② 病院名	〇〇〇〇病院 (所在地: 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇)				
	受診期間	〇〇月〇〇日から〇〇月〇〇日まで ・入院 (通院) (〇 回)					
健康保険証の使用	・有 ・無		費用の支払い	・相手側 ・あなた側			
相 手 の 状 況	住 所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇					
	氏 名	〇〇 〇〇		Tel. 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
	職 業	〇〇〇〇 (勤務先: 〇〇〇株式会社 Tel. 000-000-0000)					
	車台番号	〇〇〇〇〇					
	自 賠 責 保 険	証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		保険会社名	〇〇〇〇損害保険株式会社	
		保険会社の住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇 Tel. 000-000-0000					
	任 意 保 険	証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		保険会社名	〇〇〇〇損害保険株式会社	
保険会社の住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇 Tel. 000-000-0000 (担当者: 〇〇〇〇)							
個人情報保護関連 (必ずご記入ください)		本件について、事業所に申請内容について問い合わせすることに同意します。 (はい) ・いいえ					

※提出いただく書類 第三者行為による傷病届 事故証明書 念書 誓約書

事故発生状況報告書

当事者	甲 (事故の相手)	氏名 ○○ ○○ (電話) 000-000-0000	
	乙 (受診者)	氏名 健保 太郎 (電話) 000-000-0000	
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑 普通 閑散
道路状況	・歩道(両・片) { ある ない } ・幹線道路 { 住宅街 } ・商店街	・直線 ・カーブ ・見通し { 良い 悪い }	・積雪路 ・凍結路
信号又は標識	・信号 { ある(青・黄) ない }	・駐停車禁止(一時停止) { ある ない }	・その他の標識 { ある() ない }
走行速度	甲車両 00 km/h (制限速度 00 km/h) ・ 乙車両 00 km/h (制限速度 00 km/h)		
歩行者	直前直後横断 ・ 佇立 ・ 後退 ・ 急な飛び出し ・ ふらふら歩き		
事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください。	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入してください。)		
上記図の説明を書いてください。	交差点で信号待ちをしていたところ、後ろからきた自動車に追突された。		

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

00年00月00日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 (本人) 氏名 健保 太郎

