

常務理事	事務長	扱者

市光工業健康保険組合 理事長殿

提出日 令和 年 月 日

交通事故『第三者行為傷害事故』届

1)届出者

保 險 証 記号	番 号	生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (才)
事 業 所 名 称		所 属	TEL(外線) TEL(内線)
被 保 險 者 名	(印)	住 所	〒 - TEL()

2)事故当事者

被 害 者 氏 名		生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (才)	続 柄	
相 手 (未成年の時は 保護者氏名も)		住 所	〒 - TEL()		
		生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (才)		
相手の勤務先 (部 署)		住 所	〒 - TEL()		
相手の氏名・住所不明の理由					

3)事故内容

事 故 の 種 類	①人対車 ②車対車 ③オートバイ対車 ④自転車対車 ⑤人対オートバイ ⑥オートバイ対オートバイ ⑦自転車対オートバイ ⑧人対自転車 ⑨自転車対自転車 ⑩車単独 ⑪オートバイ単独 ⑫自転車単独 ⑬車同乗 ⑭その他()																						
発 生 年 月 日	令和 年 月 日 (曜日)	AM ・ PM	時 分	目 的	就業中・通勤中・私用																		
発 生 場 所																							
傷 病 名																							
治療を受けた 病 院 (診 療 所)	名 称																						
	所 在 地	〒 - TEL()																					
受 診 期 間 (見 込)																							
警 察 官 立 会 の 有 無	有る ・ 無い ・ 無いが届出済 ・ 不明				所 轄 警 察 署 名																		
過 失 の 度 合	被 害 者	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	第 三 者	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
健 保 使 用 見 込 期 間	令和 年 月 日 ~ 約 日 ・ 週間 ・ ケ月間位																						
治 療 費 の 負 担 区 分	☐ 最初から健保使用 ☐ 途中から健保使用 (令和 年 月 日より) ☐ 相手の負担																						

4)相手の自動車保険加入状況

自 賠 責 保 険	加入の有無	有 ・ 無																						
	保険会社名																							
	所 在 地	〒 -																						
	電 話												担 当 者 名											
	保 険 番 号																							
任 意 保 険	契 約 者 名																							
	加入の有無	有 ・ 無																						
	保険会社名																							
	所 在 地	〒 -																						
	電 話												担 当 者 名											
	保 険 番 号																							
	契 約 者 名																							

この届には次の書類を添付して下さい。	① 自動車事故証明書	1通
	② 診断書(コピー可)	1通
	③ 事故発生状況報告書	(別紙)
	④ 誓約書	(別紙)
	⑤ 死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書	各1通
	⑥ 示談をしている場合は示談書の写し	1通

受付日付印