第三者行為による傷病届（ケンカ・咬創など交通事故以外）

提出日　　年　　月　　日

被保険者記入欄（該当する□に✓）

被保険者等記号・番号	記号		番号		被保険者氏名	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		続柄		生年月日	□昭和 □平成 □令和　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（　　）				
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ペ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

東亜合成 健康保険組合

第三者行為による傷病届（ケンカ・咬創など交通事故以外）

記入例

提出日 令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者記入欄（該当する□に✓）

被保険者等記号・番号	記号 99	番号 99999	被保険者氏名	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 健保 花子	続柄 妻	生年月日	☑昭和 □平成 59 年 5 月 5 日	
発生日時	令和 ●● 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×ー×ー××			
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	〇〇県□□市××町5ー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	△△市◇◇町×ー×ー××		
	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	〇〇県□□市××町5ー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	東京都△△市▲▲町△ー△	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

東亞合成 健康保険組合