

注意 ●消えない黒のボールペン等で記入 ●訂正の場合は二重線および押印必要（修正液等での訂正は原則禁止）

# 交通事故の場合

健康保険組合 御中

## 行為による傷病届(交通事故)

記入する際の注意です  
不備がある場合は再提出していただく  
こともありますので、必ずご確認の上、記  
入ください

下記のとおりお届けします。

令和 4 年 10 月 20 日提出

被保険者証	12 ** - ****	被保険者氏名	健康 太郎	印		
事業所名称	〇〇〇〇(株)	保険給付を 受けた	健康 花子	続柄	妻	
被保険者住所	〒191-**** 東京都日野市〇〇1-1△△マ					
事故発生年月日	令和 4 年 6 月 18 日	土曜日			05 分ごろ	
事故発生場所	東京都日野市〇〇 *丁目交差点					
事故発生時	勤務時間中 ・ 勤務日の休憩中 ・ 出張中 ・ <b>私用中</b> ・ その他 ( ) 通勤途中 ( 出勤 ・ 退勤 / 寄り道等有り ・ 寄り道等無し					
交通事故の状況	自分: <b>自動車</b> ・ オートバイ ・ 自転車 ・ 歩行 ・ 同乗 ・ 相手: <b>自動車</b> ・ オートバイ ・ 自転車 ・ 歩行 ・ 同乗 ・ その他 ( )					
過失の度合	自分: <b>0</b> ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10 ・ 不明 相手: 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ <b>10</b> ・ 不明					
警察署届出の有無	<b>有</b> (日野 警察署) ・ 無 (理由 )					
事故の相手方に関する こと	相手方	氏名	保険 一男 ( 35 歳 ) TEL ( 090 ) **** - ****			
		住所	〒192-**** 東京都八王子市〇〇1-2-3			
	勤務先	名称	TEL ( )			
		所在地	<b>分かる場合のみ記入ください</b>			
	請求先	<b>自賠償保険</b> ・ 任意保険 (自賠償保険との一括請求)				
	自賠償	〇△□ 保険 支店 〒110-**** 東京都品川区〇〇〇〇 ****-〇△□保険ビル7階 TEL (03) **** - **** 証明書番号 第 123〇△□4567 号 期間 R4 年 1 月 1 日から R6 年 1 月 1 日まで				
任意	<b>相手の保険会社(または自分の加入保険)に確認し記入ください</b> 証明書番号 第 号 期間 年 月 日から 年 月 日まで					
診療 医を 療受 機け 関た	名称	〇〇〇〇市立総合病院	期間	R4 年 6 月 18 日から R4 年 6 月 18 日まで	窓口負担 自費・相手・ <b>自賠償</b> ・健康保険	
	所在地	東京都日野市〇〇〇〇1-1	期間	年 月 日から 年 月 日まで	窓口負担 自費・相手・ 自賠償・健康保険	
	名称	▲▲整形外科 他薬局あり	期間	R4 年 6 月 19 日から R4 年 6 月 19 日まで	窓口負担 自費・相手・ <b>自賠償</b> ・健康保険	
	所在地	東京都日野市〇〇3-	期間	R4 年 6 月 20 日から 年 月 日まで	窓口負担 自費・相手・ <b>自賠償</b> ・健康保険	
傷病名	左鎖骨骨幹部骨折、左手首					
治療状況	<b>治療中</b> (治療終了目安 月頃) ・ <b>未定</b> 日) ・ 症状固定 ( 年					
備考	(相手方が不明のとき) <b>薬局へ行っている場合は、処方箋をもらった病院の横に記入ください</b>					

業務上・通勤途上の場合は  
労災保険の対象となり  
ますので、勤務先に確認  
が必要です

決まっている場合は  
数字に〇を記入して下さい

分かる場合のみ記入ください

相手の保険会社(または自分の加入保険)に確認し記入ください

同じ病院で窓口負担の方法が  
異なる場合は、期間を分けて  
記入ください

健保 組合 記入 欄	請求又は制限	57条(第三者) 116条(故意) 117条(不行跡)	請求月日	令和 年 月 日		
	給付制限	A(附加金) B(A+医療費) C(A+B+傷手)	入金月日	令和 年 月 日		
	請求しない	請求権なし. 免除. 放棄. 不能. その他 ( )	完了 確認印	常務理事	事務長	担当
	請求方法	自賠償. 任意一括. その他 ( )				