第三者行為による傷病届

＜被害者（被保険者・被扶養者）＞　【交通事故】

被保険者	記号		氏名		TEL	
	番号		住所	〒		
	事業所名		課・所属		TEL	内線
事故該当者	本人の場合	氏名　男・女　才	生年月日	年号　年　月　日		
	被扶養者（家族）の場合	氏名　男・女　才	生年月日	年号　年　月　日		
		職業	続柄			
治療状況	病院名		主傷病名			
	治療期間	自：　年　月　～　：至　年　月	治療中・治癒			
	病院の住所	〒	TEL			
治療状況	病院名		主傷病名			
	治療期間	自：　年　月　～　：至　年　月	治療中・治癒			
	病院の住所	〒	TEL			
人身傷害保険確認	被保険者又は被扶養者の自動車損害賠償保険契約（任意保険）について ・今回の治療にご自身の任意保険の人身傷害補償保険を使用していますか？　（ いる ・ いない ） （ いる ）の場合➡加入保険会社名称（　　）連絡先（　　）担当者名（　　）					

＜加害者（事故相手）＞

加害者	氏名	男・女　才	生年月日	年号　年　月　日		
	住所	〒	TEL			
	勤務先名称		所属			
	勤務先住所	〒	TEL	内線		
自動車	車名		登録番号		車台番号	
	車両保有者名		加害者との関係	本人　従業員　家族　その他（　）		
自賠責保険	保険会社名称		担当部署		担当者名	
	保険会社住所	〒	TEL			
	証明番号		契約期間	年　月　日　～　年　月　日		
	保険契約者		加害者との関係	本人　従業員　家族　その他（　）		
任意保険	保険会社名称		担当部署		担当者名	
	保険会社住所	〒	TEL			
	証明番号		契約期間	年　月　日　～　年　月　日		
	保険契約者		加害者との関係	本人　従業員　家族　その他（　）		
備考						

受付日受印

登録処理

＜事故発生内容＞

発生年月日	年　月　日（　）　AM ・PM　時　分頃			
発生場所				
発生状況	業務中※ ・ 通勤中※ ・ 業務外※			
種別	自動車事故 ・ バイク 自転車 事故 ・ 殴打 殺傷 ・ その他（　）			
事故（被害）結果	即死 ・ 入院直後の死亡 入院中の死亡 （死亡：　年　月　日） ・ 負傷			
警察官の立会	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない			
所轄署	警察署　派出所			
過失の割合（判る範囲で可）	自分が何割	相手が何割		
	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		

※ 就業時間中、出勤途上中の負傷は労災保険適用です。健康保険は使用出来ません。

事故発生状況報告

甲氏名（加害運転者）		乙氏名（被害者）		運転・同乗 歩行・その他（　）	自車
速度	甲車両　km/h（制限速度　km/h）		乙車両　km/h（制限速度　km/h）		相手車
事故発生状況概略図	事故現場における状況を図示して下さい（道路幅をmで記入して下さい）				進行方向
					信号
					一時停止
					一方通行 ⇒
					人間
					自転車 バイク
					接触点 ×
					天候・交通状況
					路面の状況
					信号機の作動状況
					標識の有無・種類
					街路照明（夜間）
					建物・分離帯・歩道
＜概略図の説明・補足を詳しくご記入下さい＞					立ち木・植込み
					相手に気づいた地点
					回避操作・有無・内容
					太陽・ライトの幻惑

＜下記に当てはまる行為があれば、すべてにチェックして下さい。＞

1 □ 酒酔い（□0.15以上0.25未満 □0.25以上 □不明） 2 □ 酒気帯び 3 □ 薬物服用 4 □ 共同危険行為 5 □ 無免許
6 □ 信号無視 7 □ 追越違反 8 □ 速度超過（　）km/h以上 9 □ 居眠り 10 □ 携帯電話使用 11 □ 通行区分違反
12 □ 割り込み運転 13 □ 交差点徐行違反 14 □ 左折不注意 15 □ 右折不注意 16 □ 右側通行 17 □ 歩行者保護違反
18 □ わき見運転 19 □ 無灯火 20 □ 一時停止違反 21 □ 後退不適当 22 □ 遮断踏み切り立ち入り
23 □ 車間距離保持違反 24 □ 連続進行 25 □ シートベルト不着用 26 □ その他（　）

令和　年　月　日

【被保険者】
住所
氏名　㊞

【事故該当者】
住所
氏名　㊞

関西電力健康保険組合