

ブリヂストン健康保険組合 理事長 殿

所属課	印	所属長	印
-----	---	-----	---

交通事故等傷病届 (則 52 条) (I)

こちら側	事業所名	ブリヂストン	氏名	健保 太郎 (40 才)	(印)										
	保険証 記号番号	1111-00000	現住所	県市町1-1 TEL 000(000)0000											
	被扶養者が受けた 事故であるとき	氏名	健保 愛子 (38 才)	被保険者 との続柄	妻										
相手側	加害者	氏名	保険 一郎	生年月日	S37.4.1										
		住所	××県××市××村9-9	TEL	000-000-0000										
	加害者の 勤務先	名称又は 氏名	株式会社	事業内容											
		所在地 又は住所	県市 7-7	TEL	000-000-0000										
加害者の住所 ・氏名が判 らないとき	その理由														
事故の内容	傷病名	骨盤骨折 他	発 生 年 月 日	H14年 2月 10日 午前・後 6時 30分頃											
	発 生 場 所	県市 5-5													
	被害 事 故 の 状 況 (詳 細 に)	<p>下図の場所において、黄点滅より直進したバイクと赤点滅側より進入した四輪車による出会い頭の衝突人身事故です。衝突後、バイク側はバランスを崩して、進行方向右側のフェンスに衝突・転倒しました。</p>		業務上・外 の 区 分	<ul style="list-style-type: none"> ・業務上 ・通勤途中 ・私用 										
現場の見取図			届出警察署	警察署 派出所											
			事故発生 の 責 任 は	<ul style="list-style-type: none"> ・相手方 ・当方 ・双方 (相手方 % 当方 %) ・わからない 											
			違反の内容	<table border="1"> <tr> <th>相手方</th> <th>当方</th> </tr> <tr> <td>・スピード違反</td> <td>〃</td> </tr> <tr> <td>・酒酔運転</td> <td>〃</td> </tr> <tr> <td>・無資格運転</td> <td>〃</td> </tr> <tr> <td>・酒気帯び</td> <td>〃</td> </tr> <tr> <td>・その他</td> <td>〃</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </table>	相手方	当方	・スピード違反	〃	・酒酔運転	〃	・無資格運転	〃	・酒気帯び	〃	・その他
相手方	当方														
・スピード違反	〃														
・酒酔運転	〃														
・無資格運転	〃														
・酒気帯び	〃														
・その他	〃														
()	()														
		道交法による 行政処分	1. 内容 (不 明) 2. 期間 () 3. 罰金 ()												

- (注) 1. この届書は、事故が発生してから遅滞なく提出すること。(含自損行為)
 2. 事業主に提出した交通事故届の写を添付するときは記載一部省略可。
 3. 示談を行なおうとする場合は、必ず前もって健保組合にご連絡下さい。
 4. 示談をしたときは示談書の写をご提出下さい。
 5. 交通事故証明書(原本)を添付してください。

(II)

治療状況	医療機関		名称	病院				
			所在地	市 町 3-3		TEL 000-000-0000		
	支払方法		健康保険・加害者負担・自費・自賠責保険					
	治療開始		H14年 2月 10日		入院 通院			
	現在の治療状況		(H14年 2月 20日現在) 入院中・通院加療中・治ゆ・中止					
	治療期間		入院自 H14年 2月 10日~至 年 月 日		通院自 年 月 日~至 年 月 日			
	治療見込		年 月 日					
	後遺症		ある・ある見込・ない・ない見込・わからない					
加害者の自動車保険加入状況	強制自賠責	車名	保険 一郎			加害者との関係	本人	
		住所	××県××市××村9-9 TEL 000-000-0000					
		車種	普乗	府県別	××	車の登録番号	××××××	
	任意保険	加入の有無	有(対人 無制限 万円、対物 万円) 無					
		契約保険会社	名称	××保険			支店(営)	
			所在地	〒 ××県 ×市 ×村9-9 TEL 000-000-0000				
	担当部署		×サービスセンター			担当者名		
	任意保険	契約保険会社	名称	××保険			支店(営)	×支社
			所在地	〒 ××県 ×市 ×村9-9 TEL 000-000-0000				
			担当部署	支社			担当者名	
示談	示談は成立していますか		いる いない 交渉中 請求権放棄					
	示談成立年月日	年 月 日	示談不成立、若しくは放棄した理由					
	請求権放棄年月日	年 月 日						
損害賠償	加害者に対する請求		する・しない 請求年月日 年 月 日 口頭・文章					
	自賠償に対する請求		した(請求者名)・請求 年 月 日					
	賠償金の内訳	治療費、休業補償費、慰謝料、見舞金などを記入して下さい	損害賠償の種類	請求額	受領額	受領年月日	入金先	
						年 月 日	自賠償・加害者	
						" "		

健康組合処理欄	処理方針受決		自賠償請求可否		記 事
	求償管理簿		優先請求同意書		
	誓約書		同上写保険会社		
	取得通知(対被害者)		交通事故証明書		
	念書				
	取得予告通知				
	・ 対加害者				
	・ 対保険会社				