


ブリヂストン健康保険組合 理事長 殿

所属課		所属長

交通事故等傷病届(則52条)(I)

こちら側	事業所名		氏名		(才)	(印)	
	保険証 記号番号	-	現住所	TEL ()			
	被扶養者が受けた 事故であるとき	氏名	(才)		被保険者 との続柄		
相手側	加害者	氏名		生年月日			
		住所		TEL	-	-	
	加害者の 勤務先	名称又は 氏名		事業内容			
		所在地 又は住所		TEL	-	-	
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				発 生 年月日	年 月 日 午前・後 時 分頃	
	発 生 場 所						
	被害事故の 状況 (詳細に)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			業務上・外 の 区 分	・業務上 ・通勤途中 ・私用	
					届出警察署	警察署	派出所
					事故発生 の 責 任 は	・相手方 ・当 方 ・双 方 (相手方 % 当方 %) ・わからない	
現場 の 見 取 図				違反の内容	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 () 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						
			所在地	TEL - -					
	支払方法		健康保険・加害者負担・自費・自賠償保険						
	治療開始		年 月 日		入院 通院				
	現在の治療状況		(年 月 日現在) 入院中・通院加療中・治ゆ・中止						
	治療期間		入院自 年 月 日		至 年 月 日		通院自 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	強制自賠責保険	車 の 保 有 者	氏名				加害者との 関係		
			住所						TEL - -
			車種	府県別				車の登録番号	
		保険加入証明 番号	第 号		保険契約期間		自 年 月 日	至 年 月 日	
		契約保険会社	名称				支店(営)		
			所在地	〒					TEL - -
			担当部署				担当者名		
		加入の有無	有(対人 万円、対物 万円)・無						
		任意保険	名称				支店(営)		
			所在地	〒					TEL - -
	担当部署					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				