

## 健康保険 第三者の行為による傷病届

被害者・加害者関係	被保険者氏名	印	被保険者証の記号番号	—	
	現住所	〒 TEL			
	被害者(受診者)が勤務している事務所	名称			
		所在地	〒 TEL		
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名	被保険者との続柄		
	加害者(第三者)※相手方	氏名	昭 平 令 生年月日 年 月 日		
		現住所	〒 TEL		
	加害者の勤務先	名称または氏名	事業内容 又は職業		
所在地または住所		〒 TEL			
加害者と自動車保有者との関係	本人・従業員・親族・その他( )				
加害者の住所氏名がわからないとき	その理由				
事故内容	傷病名		発 生 年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃	
	発生の場所				
	種 別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打・刺傷・その他( )			
	事故結果	即死・入院直後の死亡/入院中の死亡(死亡年月日)・治療			
	警察官の立合	あった・ない・ないが届出済 わからない			
	所 轄 所	警察署	派出所		
	過失の度合	自分がなんぶ		相手がなんぶ	
0、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 割		0、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 割			

この届けにそえて提出する書類	自 の 動 車 時 事 故 は	1. 自動車事故証明書
		2. 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書
	3. 示談をしているときは示談書の写し	

受付日付印

◎該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

**\*必ず交通事故証明書(自動車安全運転センターが交付)を添付して下さい**

事 故 発 生 状 況	<p>加害者の行為によって生じた事故について、加害者の行動および被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入してください</p>
事 故 現 場 の 見 取 図	<p>事故が発生した場所の見取り図を記載してください。そして被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示してください。※店舗名など目印となるものを必ず記入してください。</p>

加害者の自動車保険（自賠責又は任意）加入等状況	責任保険（自賠責）加入の有無	ある ・ ない	保 險 契 約 期 間	自 至	： 令 和 年 月 日 ： 令 和 年 月 日	
	保険加入証明書記号・番号					
	任意保険の有無	ある ・ ない	会社名 _____ 取扱支店名 _____			
			住所 _____			
			電話番号 _____ 担当者名 _____			
		保 險 契 約 期 間	自 至	： 令 和 年 月 日 ： 令 和 年 月 日		
契 約 者	氏 名					
	住 所	〒 _____				
車 保 有 両 者	氏 名					
	住 所	〒 _____				
	契約者との関係					
示談状況	<u>示談が成立</u>	<u>交渉中</u>	令和 年 月 日 在 現	<u>請求権を放棄した</u>		
	令和 年 月 日		示談が成立していない理由 ( )	令和 年 月 日	放棄した理由 ( )	
損害賠償の請求および支払状況	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は		した（請求者名 _____）しない ・ 請求中			
	加害者に対する損害賠償の請求		していない ・ した 年 月 日		治療中 休業補償 その他	
			口頭 ・ 文書			
	第三者から損害賠償をうけたときは種別欄に治療費○円休業補償費○円慰謝料○円見舞金○円等と記入すること	損害賠償の種別	金額	受領年月日	備考	
			円	年 月 日		
			円	年 月 日		
			円	年 月 日		
			円	年 月 日		
			円	年 月 日		
			円	年 月 日		
			円	年 月 日		
			円	年 月 日		
		円	年 月 日			
		円	年 月 日			

治療状況	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた ・ うけない			
	治療を受けたとき	医療機関	名称	(TEL)		
			所在地			
		支払方法	健康保険証使用・加害者負担・自費・その他( )			
		治療開始	令和 年 月 日	通院 ・ 入院		
		転 帰	( 令和 年 月 日現在 ) 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止			
		入院治療期間	入院 自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日 通院 自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日			
後遺症 治療見込	ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み 令和 年 月 日 から 約 日・月ぐらい					

\*治療を受けた医療機関が複数ある場合は別紙に記入して添付

この欄は記入する必要はありません。

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 容	支給年月日	備 考
療養の給付	円	自 _____ 日間 至 _____		
療 養 費	円	マッサージ・コルセット 柔道整復師術・輸血		
傷病手当金	円	自 _____ 日間 至 _____		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			