

健康保険 第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その1)

被害者・加害者の関係	被保険者証 記号と番号	記号	フリガナ 氏名	TEL		
		番号	現住所	TEL		
	被保険者が勤務 している事業所	名称	TEL			
		所在地	TEL			
	被扶養者が受けた 事故である時	フリガナ 氏名		被保険者 との続柄		
	加害者	フリガナ 氏名		生年 月日	明大昭平 年 月 日	
		現住所	TEL			
	加害者の勤務先	名称又は氏名		事業内容 又は職業		
		所在地又は住所	TEL			
	加害者の住所氏名 が判らない時	その理由				
事故内容	傷病名	① ② ③	発生年月日	平成 年 月 日	午前・後 時 分頃	
	発生の場所					
	事故の種別	自動車・バイク・自転車・殴打・刺傷・その他()				
	事故の結果	即死・入院後の死亡(死亡 年 月 日)・治療				
	警察官の立会い	あった ない 無いが届出済 わからない				
	所轄署	警察署 派出所				
	過失の度合い	自分の過失割合	相手の過失割合			
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			

該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

この届に添えて 提出する添付書類 ※1~5は自動車事故	1. 自動車事故証明書(自動車安全運転センター)
	2. 事故発生状況報告書
	3. 診断書
	4. 念書(当健保組合の所定用紙)
	5. 死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書
	6. 示談をしている場合は示談書の写し

受付日付印

添付書類は後日になっても、この「第三者の行為による傷病届」と「2. 事故発生状況報告書」は提出ください。

(その2)

加害者保険加入状況	責任保険加入有無	ある ない	保険契約 期 間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	
	保険加入番号記号	第 号	(フリガナ) 契約者名		
	契約保険会社	名 称			
		所 在 地	〒	TEL	
示談状況	示談が成立	交渉中	平成 年 月 日 現在	請求権を放棄した 平成 年 月 日	
	平成 年 月 日	成立していない 示談が成立し ていない理由		放棄 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 損害賠償請求		平成 年 月 日に 治療費 円 → 休業補償 円 口頭で・文書で その他 円		
	第三者(加害者)から損害賠償を受けた時	損害賠償の種類	加害者直接賠償 保険会社からの賠償		
		損害賠償の内訳	治療費(入院費含む)	円	
			休業補償費	自 年 月 日 1日に付 ()日分	円
			葬 祭 料	至 年 月 日 合 計	円
			慰 籍 料		円
			見 舞 金		円
			障 害 補 償 費		円
			そ の 他		円
合 計		円			
受領方法および年月日	全 額	平成 年 月 日 受領			
	分 割 ()回払	第1回 円を 年 月 日受領 第2回 円を 年 月 日受領 第3回 円を 年 月 日受領			
治療を受けた時	この事故で医師の治療を受けましたか		受けた 受けない		
	治療機関	名 称			
		所 在 地			
	支払方法	健康保険 加害者負担 自費 その他()			
	治療開始	平成 年 月 日 入院 通院			
	転 帰	(平成 年 月 日 現在) 現在入院中 通院加療中 治癒 中止			
	入院治療機関	入院…自:平成 年 月 日～至:平成 年 月 日 通院…自:平成 年 月 日～至:平成 年 月 日			
	後 遺 症	ある ある見込み ない ない見込み			
治療見込	平成 年 月 日から約()ヵ月または()日ぐらい				



この頁は記入不要です。

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	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 柔道整復施術、輸血		
傷病手当金	円	自 ----- 日間 至		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			