

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・加害者関係	被保険者証 記号と番号	記号 000	氏名	三菱 太郎		
		番号	現住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1		
	被保険者が勤務している事業所	名称	〇〇〇〇株式会社			
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1		TEL (000) 0000	
	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	氏名	加害 一郎	生年月日	昭平令 〇〇年 8月 1日	
		現住所	××県××市××町3		TEL (333) 3333	
加害者の勤務先	名称又は氏名	××××株式会社		事業内容又は職業	会社員	
	所在地又は住所	××県××市〇〇町4		TEL (444) 4444		
加害者の住所氏名が判らないとき	その理由					
事故内容	傷病名	骨折	発生年月日	令和 ××年 ××月 ××日 午前・後××時××分頃		
	発生の場所	××県××市××交差点				
	種別	自動車事故・バイク自動車 事故・殴打殺傷 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	
	警察官の立会	あった・ない・ないが届出済・わからない				
	所轄署	〇〇〇〇 警察署		〇〇〇〇 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		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書類	自動 車 事 故	1 自動車事故証明書 2 事故発生状況報告書 3 診断書 4 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書
		5 示談をしているときは示談書の写

受付日付印

加害者の加入自動車況	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自平成〇〇年〇〇月〇〇日 至平成〇〇年〇〇月〇〇日
	保険加入証明番号	第00000号	契約者氏名	加害 一郎
	契約保険会社	名称 〇〇〇〇損害保険 所在地 〇〇県〇〇市〇〇町5 TEL (555) 5555		
示談状況	示談が成立した	交渉中	令和〇〇年〇〇月〇〇日	請求権を放棄した
	令和 年 月 日	成立していない	現在	令和 年 月 日
	示談が成立していない理由		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	治療費 円 休業補償 円 その他 円
	損害賠償の種類	加害者直接賠償・保険会社からの賠償		
	賠償金の内訳	治療費(入院費を含む)		円
		休業補償費	自令和 年 月 日1日につき 日分 至令和 年 月 日 計	円 円
		葬祭費		円
		慰謝料		円
		見舞金		円
		障害補償費		円
		その他		円
合計		円		
受領方法	全額	令和 年 月 日 受領		
および年月日	分割 () 回払	第1回 円 年 月 日受領 第2回 円 年 月 日受領 第3回 円 年 月 日受領		

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	
	医療機関	名称	〇〇〇〇病院	
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町2 TEL (222) 2222	
	支払方法	健康保険・加害者負担・ <u>自費</u> ・その他 ()		
	治療開始	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 <u>入院</u> 通院		
	転帰	(令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 現在) 現在入院中・ <u>通院加療中</u> ・治療・中止		
	入院治療機関	入院 自 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 至 令和〇〇年〇〇月〇〇日 通院 自 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 至 令和 年 月 日		
	後遺症	ある・ある見込・ <u>ない</u> ・ない見込		
治療見込	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から約 〇 <u>日</u> ぐらい			



この欄は記入する必要がありません

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			