

(様式第3号)

健康保険 第三者の行為による傷病届

(その1)

本人・家族

※㊟はスタンプ不可です

被害者・加害者関係	被保険者証 記号・番号	記号	氏名	㊟		
		番号	現住所			
	被害者(被保険者)が 勤務している事業所	名称				
		所在地 電話番号	Tel () - () - ()			
	被扶養者が受けた 事故であるとき	氏名	被保険者 との続柄			
	加害者	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月 日
現住所						
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					
加害者の勤務先住所 氏名が不明なとき	その理由					
事故内容	傷病名	発生	令和	年	月 日	
	発生場所	年月日	午前・午後	時	分頃	
	種別	自動車事故 ・ バイク事故 殴打 ・ その他 () 自転車事故 刺傷				
	事故結果	即死 ・ 入院直後の死亡 (死亡 年 月 日) ・ 治療 入院中の死亡				
	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	警察署	派出所			
	過失の割合	自分なんぶ	相手なんぶ			
0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10				

この届に添えて 提出する書類	自動車の 事故のときは	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及び死亡診断書 ⑤示談をしているときは示談書の写し	受付日付印

事故発生状況	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及び被害者の行動をわかりやすく、詳しく記入してください。
事故現場の見取図	事故が発生した場所の見取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。

○自動車事故であって「事故発生状況報告書」をこの届に添えて提出するときは、この頁に記入する必要はありません。

健康保険 第三者の行為による傷病届

(その2)

保加 害者 加入 の自 状動 況車	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
	保険加入証明書の記号番号	第 号	契約者氏名	
自動車	契約会社名		所在地番号	Tel () - () - ()
	所在地番号		電話番号	Tel () - () - ()
示談状況	示談が成立	令和 年 月 日		
	交渉中	令和 年 月 日	示談不成立の理由	
	示談不成立	現在		
	請求権を放棄した	令和 年 月 日	放棄した理由	
損害賠償請求及び支払状況	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領	した (請求者名) ・しない・請求中		
	加害者に対する賠償の請求	していない	年月日	治療費 円
		した	口頭・文書	休業補償 円 その他 円
賠償の請求及び支払状況	損害賠償の種類	加害者直接賠償・保険会社からの賠償		
	第三者(加害者)から損害賠償を受けたとき	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 円
			至 令和 年 月 日	日分 円
		葬祭費		円
		慰謝料		円
		見舞金		円
		障害補償金		円
	その他		円	
	合計		円	
受領方法及び年月日	全額	令和 年 月 日受領		
	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	

治療を受けた状況	この事故で医師の治療うけましたか		受けた・受けない	
	医療機関	名称		
		所在地 電話番号	Tel () - () - ()	
	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他 ()		
	治療開始	令和 年 月 日 入院 通院		
	転帰	(令和 年 月 日現在) 入院中・通院加療中・治癒・治療中止		
	入院加療期間	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	ある・ある見込・ない・ない見込			
治療見込	令和 年 月 日から約 月くらい 日			
◇ 以下の欄は記入不要です				
保 険 給 付 欄				
種別	金額	内 訳	支給年月日	備考
療養の給付		自 _____ 日間		
療養費		円 至 _____ 日間 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		
		円 至 _____ 日間		
		円		
		円		
		円		
		円		
合計		円		