

A 3 横で出力してください。

(様式第3号)

健康保険 第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その1)

※㊦はスタンプ㊦不可です

被 害 者	被保険者証 記号・番号	記号	氏 名	共同 太郎 ㊦	
		番号	現 住 所	県 市 町	
加 害 者 関 係	被害者(被保険者)が 勤務している事業所	名 称	株式会社		
		所 在 地 号 所 電 話 番 号	県 市 町 Tel ( ) - ( ) - ( )		
加 害 者	被扶養者が受けた 事故であるとき	氏 名	共同 花子	被保険者 との続柄	妻
	加 害 者	氏 名	小石川 一郎	生年月日	㊦・平 年 月 日
加 害 者 の 勤 務 先		現 住 所	××県××市××町		
	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
事 故 内 容		所在地又は 住 所	県 市 町		
	加害者の勤務先住所 氏名が不明なとき	そ の 理 由			
傷 病 名	鎖骨骨折		発 生 平 成 年 月 日		
			年 月 日	㊦ 午前・後 時 分 頃	
発 生 場 所	県 市 町1-3				
種 別	自動車事故 ・ バイク 事故 殴打 刺傷 ・ その他 ( )				
事 故 結 果	入院直後の死亡 (死亡 年 月 日) ・ ㊦ 治療 即死 ・ 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		
この届に添えて 提出する書類	自 動 車 事 故 の と き は	①自動車事故証明書			受 付 日 付 印
		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			

事 故 発 生 の 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。	
	道路横断中の被害者に加害者の車両が気づかず衝突した。	
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。	

○自動車事故であつて「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。

A 3横で出力してください。

(様式第3号)

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 自 状 動 況	責任保険加入の有無	ある・ない	保 険 契 約 間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	
	保険加入証明書の記号番号	第 号	契約者氏名	小石川 一郎	
契 約 会 社	名 称	損害保険株式会社			
	所在地番号	県 市 町1-1 Tel ( ) - ( ) - ( )			
示 談 状 況	示談が成立	平成 年 月 日			
	交渉中	平成 年 月 日	示談不成立の理由	示談の話まで進んでいない	
	示談不成立	現在			
	請求権を放棄した	平成 年 月 日	放棄した理由		
損 害 賠 償 の 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 損 害 賠 償 の 請 求	していない	年 月 日	治療費 40,000 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)から賠償の請求及び支払状況	治療費(入院費を含む)	40,000 円		
		休業補償費	自 平成 年 月 日	1日につき	円
			至 平成 年 月 日	日分	円
		計	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	40,000 円				
受 領 方 法 及 び 年 月 日	全額	平成 年 月 日受領			
	分割	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うけましたか	受けた・受けない		
	医 療 機 関	名 称	整形外科	
		所在地番号	××県××市××町 Tel ( ) - ( ) - ( )	
	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)		
		入院中・通院加療中・治癒・治療中止		
入 院 加 療 期 間	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・ない・ない見込			
治 療 見 込	平成 年 月 日から約 月くらい			
◇ 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		