

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・加害者関係	被保険者証番号	記号 〇〇	氏名	共同 太郎 ㊤	
		番号 〇〇〇〇	現住所	△△県△△市△△町△-△-△	
	被害者(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 電話番号	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 Tel (〇〇) - (〇〇〇〇) - (〇〇〇〇)		
	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	昭平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	現住所	××県××市××町×-×-×			
加害者の勤務先	名称又は氏名	株式会社〇〇	事業内容又は職業	会社員	
	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				
事故内容	傷病名	鎖骨骨折		発生年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 午前午後 〇〇時 〇〇分頃
	発生場所	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇			
	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			
	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	警察署	派出所	
	過失の割合	自分がなんぶ 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		相手がなんぶ 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	

この届に添えて提出する書類	の自動車事故は故	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。
	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)

加害者の加入状況	責任保険加入の有無	ある・ない		保険契約期間	自 令和 〇〇年〇〇月〇〇日 至 令和 〇〇年〇〇月〇〇日		
	保険加入証明書番号	第 〇〇〇〇 号	契約者氏名	小石川 一郎			
	契約会社名	〇〇損害保険会社		所在地番号	〇〇県〇〇市〇〇町1-1 Tel (〇〇) - (〇〇〇〇) - (〇〇〇〇)		
示談状況	示談が成立	令和 年 月 日					
	交渉中	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	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	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					
	加害者に対する請求	していない	〇〇年〇〇月〇〇日	治療費	40,000	円	
		した	口頭・文書	休業補償		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)	40,000				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
		障害補償費					円
	その他					円	
	合計	40,000				円	
受領方法及び年月日	全額	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日受領					
	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	〇〇整形外科		
		所在地番号	××県××市××町×-×-× Tel (〇〇) - (〇〇〇〇) - (〇〇〇〇)		
	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他 ()			
	治療開始	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 至 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	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			
◇ 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 至 _____			
療養費		マッサージ、コルセット 柔道整復施術、輸血			
傷病手当金		自 _____ 日間 至 _____			
合 計	円				