

健康保険 第三者の行為による傷病届

本人・家族

届出日：令和〇〇年〇〇月〇〇日

被害者・加害者の関係	被保険者等 記号・番号	記号 28〇〇	被保険者 氏名及び 住所	氏名 健保慎太郎							
		番号 〇〇〇〇		住所 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇号							
	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 東京都〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇号								
	被扶養者が受け た事故であるとき	氏名	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者 との続柄						
	加害者	氏名 武蔵小次郎	生年月日	昭和 平成 令和 〇〇年〇〇月〇〇日							
		現住所 東京都〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地									
	加害者の勤務先	名称又は 氏名 〇〇運送株式会社	事業内容 又は職業 運送業	所在地又は 住所 東京都〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地							
加害者の住所氏名がわからないときはその理由											
事故内容	傷病名	右足複雑骨折									
	発生年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	午前	午後	〇時 〇〇分頃						
	事故発生場所	〇〇市〇〇町〇丁目〇〇交差点									
	種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打刺傷・その他()									
	事故結果	治療・即死・入院直後の死亡・入院中の死亡 (死亡:令和 年 月 日)									
	警察官の立会	あった・ない・ないが届出済・わからない									
	所轄警察署	〇〇〇〇 警察署			派出所						
	過失の割合	自 分		相 手							
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

受付年月日

この届に添えて 提出する書類	①自動車事故証明書
	②事故発生状況報告書
	③診断書
	④念書
	⑤死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書
	⑥示談をしているときは示談書の写

*自動車事故のときは、①～⑥の書類を添付

*その他のときは、③～⑥の書類を添付

*加害者欄は事故の相手を記入して下さい。

加害者の自動車保険加入状況	責任保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> ある・ <input type="radio"/> 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		
	保険加入証書記号番号	No.〇〇〇〇〇〇号	契約者氏名	〇〇運送株式会社		
	契約保険会社	名称	〇〇海上火災保険株式会社			
		所在地	千代田区大手町〇丁目〇〇番地 電話：03 (〇〇〇〇) 1234			
	任意保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> ある・ <input type="radio"/> 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		
	保険加入証書記号番号	No.〇〇〇〇〇〇号	契約者氏名	〇〇運送株式会社 代表取締役社長〇〇〇〇		
契約保険会社	名称	〇〇海上火災保険株式会社				
	所在地	千代田区大手町〇丁目〇〇番地 電話：03 (〇〇〇〇) 1234				
示談状況	示談が成立	令和 年 月 日	} 示談状況について該当年月日等をご記入ください。			
	示談交渉中	令和 年 月 日 現在				
	示談が成立していない	令和 年 月 日 現在				
	示談が成立していない理由					
	請求権を放棄した日	令和 年 月 日				
	請求権を放棄した理由					
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は	した（請求者名） ・ <input checked="" type="radio"/> しない ・ 請求中				
	加害者に対する損害賠償の請求	した（口頭・文書）	令和 年 月 日	・ <input checked="" type="radio"/> していない		
		請求した場合の内訳（治療費 円・休業補償 円・その他 円）				
	第三者から損害賠償を受けたとき	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	期間	自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日 日分	円
				1日につき		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			
受領方法及び年月日	全額		円 令和 年 月 日受領			
	分割	第1回	円 令和 年 月 日受領			
		第2回	円 令和 年 月 日受領			
第3回	円 令和 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	<input checked="" type="radio"/> 受けた ・ <input type="radio"/> 受けない		
	医療機関	名称	〇〇市立総合病院	
		所在地	〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地	
	支払方法	<input checked="" type="radio"/> 健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他（ ）		
	治療開始日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	<input checked="" type="radio"/> 入院 ・ 入院外	
	転帰	(令和 年 月 日現在) 現在入院中 ・ <input checked="" type="radio"/> 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止		
	入院・通院期間	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 ・ <input checked="" type="radio"/> ある見込 ・ ない ・ ない見込			
治療見込	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 約 〇〇ヶ月 〇〇日ぐらい			