

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 | 被保険者証 記号・番号 | 記号 2800 | 被保険者 氏名及び 住所 | 氏名 健保慎太郎 | ⑩ |
| | | 番号 0000 | 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 | 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 | 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 | |
| | 保険加入証書記号番号 | No.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 | 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 | |
| | 保険加入証書記号番号 | No.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） ・ 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 | 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 | 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 | | | | | |

示談状況について該当年月日等をご記入ください。

| | | | | | |
|------|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| 治療状況 | この事故で医師の治療を受けましたか | 受けた ・ 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 | 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 入院 ・ 入院外 | | | |
| | 転帰 | (令和 年 月 日現在) 現在入院中 ・ 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 ・ 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 | | | | |