

常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険

第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その1)

被害者・加害者関係	被保険者証 記号と番号	記号 ○	氏名 京葉 太郎		
	被保険者が勤務している事業所	名称 ○○○○○○○○○	所在地 ○○県○○市○○町○○	TEL (○○) ○○○○-○○○○	
	被扶養者がう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	明大昭平 ○○年 ○○月 ○○日
		現住所	○○○県○○○市○○○○○	TEL (○○) ○○○○-○○○○	
	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	○○○県○○○市○○○○○	TEL (○○) ○○○○-○○○○	
	加害者の住所氏名が判らないとき	その理由			
	事故内容	傷病名	打撲	発生年月日	令和 ○○年 ○○月 ○○日 午前・後○○時○○分頃
		発生の場所	○○○県○○○市○○○○○		
種別		自動車事故・バイク自転車 事故・殴打殺傷 その他 ()			
事故結果		即死・入院直後の死亡 入院中の死亡 (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		○○ 警察署 ○○○○ 派出所			
過失の度合	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		

○ 該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

この届に添えて提出する書類	自の動と車き事故	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および死亡診断書
		5 示談をしているときは示談書の写

受付日付印

○ 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。

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、くわしく記入してください。
	交差点で信号待ちをしていたところ、加害者の車に後ろから追突された。
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下さい。

加害者の自動状況	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 記 号 番 号	第〇〇〇〇号		契 約 者 氏 名	〇〇 〇〇			
	契 約 保 険 会 社	名 称	〇〇〇〇〇〇保険株式会社					
所 在 地		〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 TEL (〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇						
示談状況	示 談 が 成 立	交 渉 中		令和〇〇年〇〇月〇〇日 現在	請 求 権 を 放 棄 し た			
	令和 年 月 日	成立していない			令和 年 月 日			
			示談が成立していない理由			放棄した理由		
損害賠償の請求および支払状況	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		年 月 日 { 治療費 円 休業補償 円 口 頭・文 書 { その他 円					
	第三者（加害者）から損害賠償をうけたとき	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	自令和 年 月 日1日につき		円		
				至令和 年 月 日 計		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 および年月日	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					

治療状況	この事故で医師の治療を受けましたか		う け た ・ う け な い	
	治療を受けたとき	医療機関	名 称	○×総合病院
			所 在 地	○○○○○○○ 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) 現在入院中・通院加療中・治 癒・中 止	
		入院治療期間	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 ぐらい			

— ◇ —

この欄は記入する必要がありません

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支給年月日	備 考
療 養 の 給 付	円	自 _____ 日間 至 _____		
療 養 費	円	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 至 _____		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

被 害 者 あ て
加 害 者

発 第 号
令和 年 月 日

殿

健康保険組合理事長

_____事故の発生状況について（照会）

令和 年 月 日発生した _____ 事故につきまし
て，その発生の状況をくわしく知ることができません。

つきましては、お忙しいところ誠に恐縮ですが，回答用紙に，該当する
ところを記入のうえ，ご提出くださるようお願いいたします。

連絡先 給付課_____

電話 (_____) _____

(回答用紙)

整理番号 第 号

令和 年 月 日

健康保険組合理事長殿

回答者住所

氏名 印



事故の発生状況について (回答)

令和 年 月 日付照会のあったことについて、次のとおり

回答します。

事故状況説明書

だれと (あなたのお名前)			
だれが (相手方の住所名前)			
いつ (事故のあった日)	令和 年 月 日 午 前後	時	分ごろ
どこで (事故のおきたところ)	番地		
	附近		
どのようにして事故がおきましたか(交通事故など図をかいた方がわかりやすい時は図をかいて説明して下さい)できるだけ詳しく			
その結果どうになりましたか(傷病名、負傷の箇所など)			
この責任はどちらに なんでしょうか。 (合計10になるよう丸で囲んで下さい)	自分がなんぶ	相手がなんぶ	合 計
	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	10
		整理番号	損 No.