

第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その1)

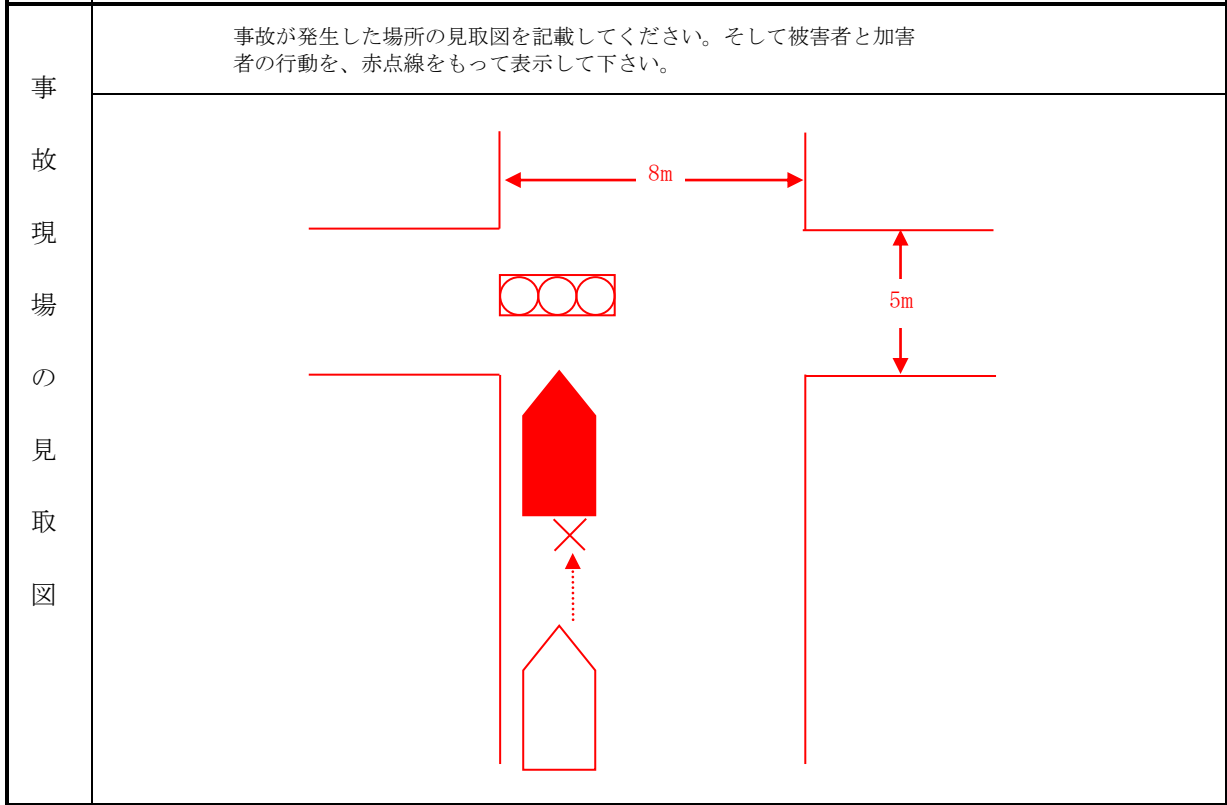
被保険者証 記号と番号	記号	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	
	第○○○○号	現住所	○○県○○市○○町1-1-1 TEL (○○○) ○○○-○○○	
被保険者が勤務し ている事業所	名称	○○○○○○		
	所在地	○○県○○市○○町1 TEL (○○○) ○○○-○○○		
被扶養者がうけた 事故であるとき	氏名	被保険者 との続柄		
加害者	氏名	加害 一郎	生年月日	昭和 平成・令和 ○○年 7月 1日
	現住所	××県××市××町1-1 TEL (100) 100-1000		
加害者の勤務先	名称又は 氏名	××××株式会社	事業内容 又は職業	
	所在地 又は住所	××県××市××町100 TEL (100) 100-1000		
加害者の住所氏名 が判らないとき	その理由			
傷病名	頸椎捻挫	発生 年月日	令和 ××年 ××月 ××日 午前(後)××時××分頃	
	発生場所	××県××市××町××交差点		
種別	自動車事故・バイク 事故・ 殴打 自転車 殺傷 その他 ()			
事故結果	即死・入院直後の死亡 (死亡 年 月 日) 入院中の死亡 ・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 車 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

事故発生状況	<p>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。</p>
	<p>交差点で信号待ちをしていたところ、後ろからきた加害者の車が止まりきれずに追突された。</p>



○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。

加害者の加入自動車況	責任保険加入の有無	ある <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/>	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	
	保険加入証明番号	第 1111 号	契約者氏名	加害 一郎	
	契約保険会社	名称	〇〇〇〇損害保険株式会社		
		所在地	××県××市××町3 TEL (333) 333-3333		
示談状況	示談が成立した	変 渉 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/>	令和〇〇年〇〇月〇〇日	請求権を放棄した	
	平成 年 月 日	成立していない	現在	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) <input checked="" type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 請求中			
	加害者に対する損害賠償の請求	<input checked="" type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> した	年 月 日	治療費 円 休業補償 円 その他 円	
	賠償金の内訳	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)から損害賠償をうけたとき	治療費(入院費を含む)		円
			休業補償費	自 年 月 日1日につき 日分	円
			葬祭費	至 年 月 日 計	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	全 額	年 月 日 受領			
および年月日	分 割	第 1 回	円 年 月 日受領		
	() 回払	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	
	医療機関	名称	〇〇〇〇病院	
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町2 TEL (222) 222-2222	
	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	(令和〇〇年〇〇月〇〇日 現在) 現在入院中・通院加療中・治療中止		
	入院治療期間	入院 自 年 月 日 ~ 至 年 月 日 通院 自 年 月 日 ~ 至 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 日 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 者 者 あ て
加 害 者

発 第 号
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）

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
年 月 日

健康保険組合理事長殿

回答者住所

氏名 印

印

_____事故の発生状況について (回答)

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)	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) できるだけくわしく			
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ぶづつあると思いますか。(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.