

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 第 号	氏 名 現住所	印	
	被保険者が勤務している事業所	名 称 所在地	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	
	加害者の勤務先	現住所	TEL ( )		
		名称又は氏名 所在地又は住所	事業内容又は職業	TEL ( 000 )	
	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			発 生 年月日
発 生 の 場 所					
種 別		自動車事故・ バイク 事故・ 殴打 その他 ( ) 自転車 殺傷			
事 故 結 果		即死・ 入院直後の死亡 (死亡 年 月 日)・治療 入院中の死亡			
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

○ 自動車事故であつて「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 の 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>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
事 故 現 場 の 見 取 図	<p>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。</p>

加害者加入の自動車況	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自平成 年 月 日		
	保険加入証明記号番号	第 号	契約者氏名			
	契約保険会社	名称				
所在地		TEL ( )				
示談状況	示談が成立	交渉中	平成 年 月 日		請求権を放棄した	
	平成 年 月 日	成立していない	現在		平成 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		平成 年 月 日	していない・した	治療費	円
			口頭・文書	休業補償	円	
				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	自平成 年 月 日1日につき	円	
				至平成 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	平成 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うけましたか		う け た ・ う け な い	
	治 療 を う け た と き	医 療 機 関	名 称	
			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		平成            年            月            日 入院 通院	
	転 帰		(平成            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 平成            年            月            日 ～ 至 平成            年            月            日 通院 自 平成            年            月            日 ～ 至 平成            年            月            日	
	後 遺 症		あ る ・ ある見込 ・ な い ・ ない見込	
治 療 見 込		平成            年            月            日から約            日 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 殿  
加 害 者 殿

発 第 \_\_\_\_\_ 号  
平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

殿

健康保険組合理事長

\_\_\_\_\_ 事故の発生について（照会）

平成 \_\_\_\_\_ 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  
平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

健康保険組合理事長殿

回答者住所  
印

氏名 ㊟

\_\_\_\_\_ 事故の発生について (回答)

平成 \_\_\_\_\_ 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)	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	午前 _____ 時 _____ 分	午後 _____ 時 _____ 分
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ぶ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)	自分なんぶ	相手なんぶ	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.