

## 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	1000	氏名	健保太郎 (印)		
		番号	1234	現住所	〒111-1111 神奈川県横浜市〇〇区〇〇〇町1-1-1		
	被害者が勤務している事業所	名称	本社				
		所在地	東京都〇〇区〇〇〇1-13-1 TEL (〇〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇				
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名	健保一郎	被保険者との続柄	長男		
	加害者	氏名	東京 二郎	生年月日	昭和 平成 令和 51 年 4 月 30 日		
	現住所	〒141-〇〇〇 東京都品川区〇〇〇1-13-1 TEL (〇〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇					
加害者の勤務先	名称または氏名	〇〇産業	事業内容 又は職業	営業			
	所在地または住所	東京都中央区〇〇町1-2-3 TEL (〇〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇					
加害者の住所氏名が判らないとき	その理由						

◎ 該当文字を○でかこみ、必要事項は記入してください。

事故内容	傷病名	右腕骨折	発生年月日	午前 午後 4 時 10 分頃 令和 〇〇 年 12 月 15 日	
	発生の場所	横浜市〇〇区〇〇〇町 1-2-3			
	種別	自動車事故 ・ バイク 事故 ・ 殴打 ・ その他( ) 自転車 刺傷			
	事故結果	即死 ・ 入院直後 ・ 入院中の死亡 (死亡 年 月 日) ・ 治療			
	警察官の立合	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない			
	所轄署	〇〇区 警察署		若葉台	派出所
過失の割合	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		

この届に添えて 提出する書類	自動車事故のときは	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 示談しているときは示談書の写

受付日付印

加害者の自動車保険	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自平成・令和 ×× 年 1 月 1 日 至 令和 ○ 年 1 月 1 日
	保険加入証明記号番号	第 ○○○ 号	契約者氏名	東京 二郎
	契約保険会社	名称 所在地	Y海上火災保険株式会社 東京都千代田区1-0-0 TEL(○○○)○○○○	
示談状況	示談が成立	交渉中	令和 ○○年 2月 20日	請求権を放棄した
	平成 年 月 日	成立していない 示談が成立していない理由	現在	令和 年 月 日 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の賠償金の受領は	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	していない ・ した	年 月 日 口頭 ・ 文書	治療費 円 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	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	1日につき 円 日分 円 計 円
		葬祭費		円
		慰謝料		円
		見舞金		円
		傷害補償費		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		

治療状況を うけました と き	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた ・ うけない		
	治療機関	名称	〇〇〇町病院		
		所在地	〇〇区〇〇〇町5-6-7 TEL(〇〇〇) 〇〇〇〇		
	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 12月 15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 〇〇年 12月 15日 から 〇 日 月 ぐらい			

○

この欄は記入する必要はありません。

## 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			