

健康保険 第三者の行為による傷病届

本人・家族

様式第2号
(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	⑩		
	被害者が勤務 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	年	月 日
		現住所			TEL ()	
	加害者の 勤務先	名称または 氏名	事業内容 又は職業			
		所在地または 住所			TEL ()	
事故内容	加害者の住所氏名 がわからないとき	その理由				
	傷病名			発生 年月日	午前・午後	時 分頃 平成 年 月 日
	発生場所					
	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・入院直後の死亡 (死亡 年 月 日)・治療 入院中の死亡				
	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	警察署		派出所		
過失の度合	自分がなんぶ		相手がなんぶ			
	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.		1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.			

※該当文字を○でかこみ、必要事項は記入して下さい。

この届に 添えて 提出する 書類	自の 動と 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 の状況	加害者の行為によって生じた事故について、加害者の行動およ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。

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ください。

※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。

(その2)

加害者の自 加入状況	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 至平成 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 (請求者名) ・しない・申請中				
	加害者に対する損害賠償の請求	していない・した	年 月 日	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	(自平成 年 月 日) 1日につき (至平成 年 月 日) 日分	円 円 計 円
			葬祭費		円
			慰藉料		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			

療養状況	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		
		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・退院		
	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 月 くらい			

この欄は記入する必要ありません。

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額		支給年月日	備 考
療養の給付	円	自 _____ 日間		
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		
	円			
	円			
	円			
合 計	円			