

健康保険 第三者の行為による傷病届

令和 年 月 日

被 害 者	被 保 険 者	記号 ※1		番号 ※1		記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください		
	氏名			印	生年月日	昭 年 月 日生(歳) 平		
	現住所	〒		TEL		()		
	勤務先の名称							
	勤務先の所在地	〒						
被扶養者が受けた事故であるとき	氏 名	生年月日			続柄			
	昭 年 月 日生(歳) 平・令							
加 害 者 (相手)	氏 名			生年月日	昭 年 月 日生(歳) 平			
	現 住 所	〒		TEL			()	
	勤務先の名称 または 氏名				事業内容 または職業			
	勤務先の所在地	〒						
	加害者の住所、氏名が分らないとき	その理由…						
事 故 内 容 (該 ○ 当 す る し も て の く に だ さ い)	傷 病 名				負傷の程度	全治	ヶ月	
	発 生 年 月 日	年 月 日() 午前・午後			時	分頃		
	発 生 の 場 所							
	発 生 時 の 状 況	勤務中・通勤途上・私用外出中・その他()						
	種 別	被保険者又は被扶養者	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外()					
		加害者(事故相手)	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外()					
	事 故 結 果	即死・入院直後の死亡・入院中の死亡・治療中 (死亡年月日 年 月 日)						
	警 察 官 の 立 会	あつた・ない・ないが届け出済み・わからない						
	所 轄 署	警察署			派出所			
	過 失 の 割 合 (わかる範囲で)	被害者	0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10		加害者	0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10		

この届出に添えて 提出する書類 (1.3.4.5は必須)	1.交通事故証明書(交通事故の場合)(写し可) 2.診断書の写し(写し可) 3.戸籍謄本及び死亡診断書(死亡の場合) 4.示談書の写し(示談をしているとき) 5.念書兼同意書 6.人身事故証明書入手不能理由書(物損扱いの時)		
------------------------------------	---	--	--

※1 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(保険証)」に記載されています

※示談をする前には、必ず健康保険組合にご連絡ください。

示談状況 (該当するものに「○」をしてください)		成立していない・交渉中	年 月 日 現在	
		成 立 し た	年 月 日 に成立	
		請 求 権 を 放 棄 し た	年 月 日 に放棄	
		放棄した場合はその理由…		
損害賠償の請求及び支払状況	自動車事故のとき保険会社からの賠償金は 加害者(相手)に対する損害賠償の請求は 損害賠償の種類 加害者(相手)から損害賠償を受けたとき 受領方法・受領日	受領した(請求者名)・受領していない・申請中		
		請求した	年 月 日に	
			口頭・文書で請求	
			内訳	治療費 円
				休業補償費 円
		その他 円		
		請求していない	理由…	
		加害者(相手)直接賠償・保険会社からの賠償		
		賠償金の内訳	治療費(入院費含)	円
			休業補償費	(年 月 日～年 月 日) 日分 1日につき 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			
全額				
分割割 (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			
被害者の人身傷害保険		加入の有無	あり・なし 保険会社名 担当者名	
			取扱窓口 TEL ()	

※提出日現在の示談の状況を記入してください。

※加害者から損害賠償を受けたときは必ず記入してください。

治 療 の 状 況

この事故で医師の治療を受けましたか		受けた · 受けない							
治 療 を 受 け た と き	診療機関名①		名 称						
			所在地	〒 TEL ()					
			治療開始	年	月	日	治療終了(見込)	年	年
	診療機関名②		名 称						
			所在地	〒 TEL ()					
			治療開始	年	月	日	治療終了(見込)	年	年
	診療機関名③		名 称						
			所在地	〒 TEL ()					
			治療開始	年	月	日	治療終了(見込)	年	年
支 払 方 法		健康保険 · 加害者負担分 · 自費 · その他 ()							
転 帰		年 月 日 現在 現在入院中 · 通勤加療中 · 治癒 · 中止							
入院治療機関		入院	年	月	日	～	年	月	日
入院治療機関		通院	年	月	日	～	年	月	日
後 遺 症		ある · ある見込み · ない · ない見込み							
治 療 見 込		年 月 日 から 約 日ぐらい							

以 下 の 欄 は 記 入 す る 必 要 は あ り ま せ ん

保 險 給 付 欄						
種 別		金 額	内 訳		支給年月日	備 考
療 養 の 給 付		円	年 月 日 年 月 日 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	年 月 日 年 月 日 日間			
		円				
		円				
合 計		円				

事故発生状況報告書

本件交通事故につき下記のとおり報告いたします。

甲 [加害運転者(相手)]	氏名	事故発生時、乙は…			
乙 [被保険者又は被扶養者]	氏名	運転・同乗(甲車・甲車以外の車) 歩行・その他()			
速度	甲車 km/h (制限速度 Km/h)	・	甲車以外の車 km/h (制限速度 Km/h)		
道路状況 及び 交通状況 (該当するものに「○」)	天候	晴・曇・雨・雪・霧	明暗	明け方・昼間・夕方・夜間	
	歩道	あり(両側・片側)・なし	状況	混雑・普通・閑散	
	中央線	あり(白線・黄線)・なし	信号	あり・なし	
	見通し	良・悪	標識	一時停止(あり・なし)/駐停車禁止(あり・なし)	
事故発生状況略図					
事故現場の状況を図示してください	自車(乙)  相手者(甲)  進行方向  信号  一時停止  人間  自転車 オートバイ 				
	※道路幅をmで記入してください。				
	詳上 細記 をご 説明 いて ください の事 故	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			

令和 年 月 日

報告書作成者氏名

甲との関係 ()
印 乙との関係 ()

損害賠償責任保険契約内容(加害者(相手)の情報)

1. 自動車・バイク事故の場合

		加害者(相手)の自賠責保険		加害者(相手)の任意保険(対人)	
保険会社名称					
保険証明書番号					
保険契約期間		自 年 月 日 至 年 月 日 (カ月)		自 年 月 日 至 年 月 日 (カ月)	
契約者	住所	〒 TEL ()		〒 TEL ()	
	(フリガナ) 氏名				
保有者	住所	〒 TEL ()		〒 TEL ()	
	(フリガナ) 氏名				
取扱窓口	所在地	〒 TEL ()		〒 TEL ()	
	名称				
	(フリガナ) 氏名				
自動車の種別		登録(車両)No		車台 No	
任意一括(任意一括とは、加害者の任意保険会社が自賠責保険も一括で対応することを指します)					有・無

2. 自動車・バイク事故以外の場合

加害者(相手)の保険会社		名称			保険種別
		証書番号			
保険契約期間		自 年 月 日	・ 至	年 月 日	(カ月)
契約者	住所	〒 TEL ()			
	(フリガナ) 氏名				
取扱窓口	所在地	〒 TEL ()			
	名称			(フリガナ) 担当者	