

常務理事	事務長		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 〇〇〇	氏名 健保 太郎			
	被保険者が勤務している事業所	第〇〇〇号	現住所 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1			
	被扶養者がうけた事故であるとき	名称	〇〇株式会社			
	加害者	所在地	000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 TEL (000) 0000 - 0000			
	加害者の勤務先	氏名		被保険者との続柄		
		氏名	加害 一郎	生年月日	昭平令 〇〇年〇〇月〇〇日	
現住所		000-0000 ××県××市××町2-2		TEL (000) 0000 - 0000		
加害者の住所氏名が判らないとき	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	000-0000 ××県××市××町3-3		TEL (000) 0000 - 0000		
事故内容	傷病名	頸椎捻挫		発生年月日	平成 令和〇〇年〇〇月〇〇日 午前(後) 〇〇時〇〇分頃	
	発生の場所	〇〇県〇〇市〇〇町××交差点				
	種別	自動車事故・バイク事故・殴打 自転車 事故・ 殺傷 その他 ()				
	事故結果	即死・入院直後の死亡 入院中の死亡 (死亡 年 月 日)		・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	〇〇 警察署		〇〇 派出所		
	過失の度合	自分がなんぶ 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		相手がなんぶ 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

加害者の加入状況	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自平・令〇〇年〇〇月〇〇日 至平・令〇〇年〇〇月〇〇日	
	保険加入証明 記号番号	第〇〇号	契約者氏名	加害 一郎	
	契約保険会社	名称 〇〇損害保険株式会社 所在地 000-0000 ××県××市××町4-4 TEL (000) 0000-0000			
示談状況	示談が成立	交渉中・成立していない		請求権を放棄した	
	平成令和〇〇年〇〇月〇〇日	平成令和 年 月 日現在	平成令和 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	していない・した	年 月 日	治療費 円 休業補償 円 その他 円	
	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・令 年 月 日1日に付	円 日分	
			至平・令 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	平成令和 年 月 日受領			
	分割 ()回払	第1回	平・令 円 年 月 日受領		
		第2回	平・令 円 年 月 日受領		
		第3回	平・令 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		
	治療を受けたとき	医療機関	名称	〇〇〇病院	
			所在地	000-0000 ××県××市××町7-7 TEL (000) 0000 - 0000	
		支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他 ()		
		治療開始	平成〇〇年〇〇月〇〇日 入院 通院		
		転帰	(平・令 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・令 年 月 日 ~ 至 平・令 年 月 日 通院 自 平・令 年 月 日 ~ 至 平・令 年 月 日		
		後遺症	ある・ある見込・ない・ない見込		
治療見込	平成〇〇年〇〇月〇〇日から約〇〇月ぐらい				

————— ◇ —————

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 あ て
加 害 者

発 第 号
令和 年 月 日

殿

志村化工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

令和 年 月 日

志村化工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)

令和 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 令和	年 月 日	午前 時 分ごろ 午後
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 なぶんづつあると思 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.