

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 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	
		現住所	TEL ( )		
	加害者の勤務先	名称又は氏名	事業内容又は職業		
		所在地又は住所	TEL ( 000 )		
	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、必要事項を記入してください。

事故内容	傷病名			発生年月日	平成 年 月 日 午前・後 時 分頃
	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		

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 示談書の写

受付日付印

○ 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。

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>

加保 害 險 者 加 の 入 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		年 月 日	治療費 休業補償 その他	円	円
			口頭・文書		円	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	
				日分	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受けましたか		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 月			



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			
合 計	円			