

常務理事	事務長	係

健康保険第三者の行為による傷病届

(その1)

被害者・相手方関係	被保険者証 記号と番号	記号 1010 番号 99999	氏名 現住所	健保 太郎 (印) 〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○町 1-2-3	
	被保険者が勤務している事業所	名称	日本無線株式会社		
	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		
	相手方	氏名	日本 一郎	生年月日	大・ 昭 平・令 XX 年 X 月 X 日
		現住所	○○○-○○○○ ○○県○○市○○町 4-5-6 TEL (○○)○○○○-○○○○		
	相手方の勤務先	名称又は氏名	○○○○株式会社	事業内容又は職業	布団・毛布 訪問販売
		所在地又は住所	○○○-○○○○ ○○県○○市○○町 1-1-1 TEL (○○)○○○○-○○○○		
相手方の住所氏名が判らないとき	その理由	(記入する場合の例:あて逃げのため)			
事故内容	傷病名	顔面挫傷 右肘打撲 右大腿部打撲	発生年月日	午前・ 午後 7 時 40 分頃 平・ 令 X 年 X 月 X 日	
	発生の場所	○○県○○市○○町 3-2-1 路上			
	種別	自動車事故 ・ バイク 事故 ・ 殴打 刺傷 ・ その他 ()			
	事故結果	即死 ・ 入院直後の死亡 (死亡 平・令 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	○○ 警察署 派出所			
過失の度合 (不明は無記入)	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ください。

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 示談をしているときは示談書の写

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。

相手方の行為によって生じた事故について相手方の行動および被害者の行動をわかりやすく、詳細に記入してください。

事
故
発
生
の
状
況

令和 X 年 X 月 X 日〇〇市〇〇3丁目付近の交差点(信号機なし)

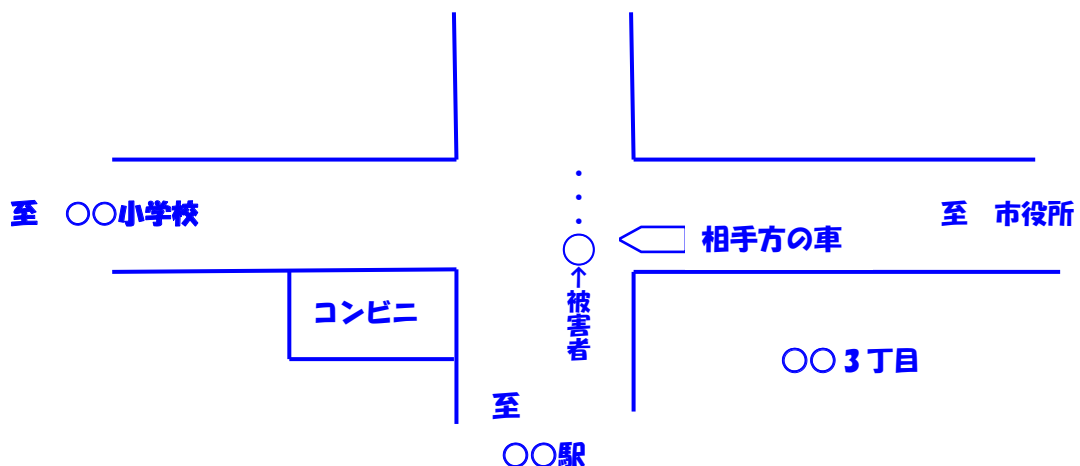
を渡ろうとしたところ、右から相手方の車と接触しそのまま約 5m

ほど引きずられて転倒、顔面挫傷および大腿部打撲を負った。

相手方は運転中に携帯電話をかけていてわき見運転とみられる。

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。そして相手方と被害者の行動を、赤点線をもって表示してください。



相手方の自動車保険加入状況	自賠責保険	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	保険契約期間	自平・ <input checked="" type="radio"/> 令 X年 X月 X日 至平・ <input checked="" type="radio"/> 令 X年 X月 X日	
	保険加入証明 記号番号	記号○○○○ 第○○○○○○号	契約者氏名	日本 一郎	
	契約 保険会社	名称	○○損害保険株式会社		
		所在地	○○○-○○○ ○○県○○市○○町4-5-6 TEL (○○○) ○○-○○○		
	任意保険	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	保険契約期間	自平・ <input checked="" type="radio"/> 令 X年 X月 X日 至平・ <input checked="" type="radio"/> 令 X年 X月 X日	
	保険加入証明 記号番号	記号○○○○ 第○○○○○○号	契約者氏名	日本 一郎	
契約 保険会社	名称	同上			
	所在地	" TEL ()			
示談状況	示談が成立	<input checked="" type="radio"/> 交渉中	令和 年 月 日	請求権を放棄した	
	平・令 年 月 日	成立していない	現在	平・令 年 月 日	
		示談が成立していない理由	治療中	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)・していない・ <input checked="" type="radio"/> 請求中			
	相手方に対する損害賠償の請求	平・令 年 月 日	治療費	円	
		していない・した	休業補償	円	
		口頭・文書	その他	円	
	第三者(相手方)から損害賠償をうけたとき	損害賠償の種類	相手方直接賠償・保険会社からの賠償		
		賠償金の内訳	入院を含む治療費		円
			休業補償費	自平・令 年 月 日 1日につき 至平・令 年 月 日 日分	円 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・令 年 月 日受領			
	分割 ()回払	第1回	円 平・令 年 月 日受領		
		第2回	円 平・令 年 月 日受領		
		第3回	円 平・令 年 月 日受領		

治療状況をうけたとき	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた・うけていない	
	医療機関	名称	〇〇〇〇病院	
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町789 TEL (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇	
	支払方法	健康保険・相手方負担・自費・その他()		
	治療開始	平・令 X年 X月 X日	入院	通院
	転帰	(平・令 X年 X月 X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 X年 X月 X日～至平・令 X年 X月 X日 通院自平・令 X年 X月 X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	令和 X年 X月 X日から約 5n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 年 月 日 日間 至 年 月 日		
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 年 月 日 日間 至 年 月 日		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			