健康保険　**第三者の行為による傷病届**　本人・家族

被害者・加害者関係	被保険者証等記号・番号	記号	氏名	印		
		番号	現住所			
	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	大 昭 平 令　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		
		所在地又は住所	Tel　（　）			
	加害者の住所氏名が判らないとき	その理由				

②事故内容	傷病名		発生年月日	年　月　日 午前・午後　時　分頃
	発生の場所			
	種別	自動車事故　バイク事故　自転車事故　殴打・刺傷　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	警察署　派出所		
	過失の度合	自分が何分	相手方が何分	
		0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	

③加害者の自動車保険加入状況	責任保険加入の有無	ある　・　ない	保険契約期間	自　年　月　日 至　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　（　）	

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

健保組合受付印

④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	年　月　日　入院　通院	
		転帰	（　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　年　月　日～至　年　月　日 通院自　年　月　日～至　年　月　日	
		後遺症	ある　・　ある見込み　・　ない　・　ない見込	
		治療見込	年　月　日　から　約　日・月　くらい	

⑤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。

⑥事故現場の見取り図	事故が発生した場所の見取り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。

<table>
<tr><td rowspan="3">⑦示談状況</td><td>示談が成立</td><td>交渉中</td><td rowspan="2">年月日現在</td><td colspan="2">請求権を放棄した</td></tr>
<tr><td rowspan="2">年　　月　　日</td><td>成立していない</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>成立していない理由</td><td></td><td>放棄した理由</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="10">⑧損害賠償の請求および支払状況</td><td colspan="2">自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は</td><td colspan="4">した（請求者名　　）　・　しない　・　請求中</td></tr>
<tr><td colspan="2">加害者に対する損害賠償の請求</td><td colspan="4">年　　月　　日
していない・した
口頭・文書
治療費　　円
休業補償　　円
その他　　円</td></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="8">第三者（加害者）から損害賠償をうけたとき</td><td>損害賠償の種類</td><td colspan="4">加害者直接賠償・保険会社からの賠償</td></tr>
<tr><td rowspan="7">賠償金の内訳</td><td>治療費
（入院費を含む）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>休業補償費</td><td colspan="3">自　　年　月　日　　１日につき　　円
日分
計　　円</td></tr>
<tr><td>葬祭費</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>慰謝料</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>見舞金</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>障害補償費</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>合計</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">受領方法
および年月日</td><td>全額</td><td colspan="3">年　　月　　日　受領</td></tr>
<tr><td rowspan="3">分　割
（　　）回払</td><td>第１回</td><td colspan="2">年　　月　　日受領</td></tr>
<tr><td>第２回</td><td colspan="2">年　　月　　日受領</td></tr>
<tr><td>第３回</td><td colspan="2">年　　月　　日受領</td></tr>
</table>

※　該当文字を○でかこみ、必要事項は記入してください。

※　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、このページ⑤⑥に記入する必要はありません。