

※交通事故に遭った場合は、下記書類をご提出ください。
 ※保険証を使って診療を受ける場合は、事前に健保組合まで
 ご確認ください。

| | | | |
|------|-----|---|---|
| 受付日 | 年 | 月 | 日 |
| 決定日 | 年 | 月 | 日 |
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |
| | | | |

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 | 被保険者等 記号・番号 | 記号 700 番号 1234567 | 氏名 健保 太郎 健保 |
| | 被保険者が勤務している事業所 | 名称 ファイザー株式会社 所在地 東京都渋谷区代々木 3-22-7 新宿文化クイントビル TEL 03 (5309) 9929 | |
| | 被扶養者がうけた事故であるとき | 氏名 健保 花子 | 被保険者との続柄 配偶者 |
| | 加害者 | 氏名 〇〇 〇〇 現住所 〇〇県〇〇市〇〇町 7-8-9 TEL 012(3456)7890 | 生年月日 和暦 S50年 1月 23日 |
| | 加害者の勤務先 | 名称又は氏名 所在地又は住所 TEL () | 事業内容又は職業 |
| | 加害者の住所氏名が判らないとき | その理由 | |
| | 事故内容 | 傷病名 | 頭部骨折 |
| 発生の場所 | | 〇〇県〇〇市〇〇町 4-5-6 | |
| 種別 | | 自動車事故 ・バイク事故・殴打殺傷 その他 () | |
| 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 | | 〇〇 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 | |

○該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

| | | |
|------|----------|---|
| 添付書類 | 自動車事故の場合 | 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及び死亡診断書 |
| | | 5 示談をしているときは示談書の写し |

受付日付印

| | |
|--------------------------------------|---|
| 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> |
| 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> |
| | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

○ 自動車事故であつて「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。

| | | | | | | | | |
|----------------|-----------------------|--------------|-------------------|------------|----------|--------------------|-------------|---|
| 加害者加入の自動車状況 | 責任保険加入の有無 | ある・ない | 保険契約期間 | 自和暦 至和暦 | 年 年 | 月 月 | 日 日 | |
| | 保険加入証明番号 | 第 号 | 契約者名 | | | | | |
| | 契約保険会社 | 名称 | | | | | | |
| | | 所在地 | TEL () | | | | | |
| 示談状況 | 示談が成立 | 交渉中 | 和暦 年 月 日 | | 請求権を放棄した | | | |
| | 和暦 年 月 日 | 成立していない | 現在 | | 和暦 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 休業補償 その他 | 円 円 円 | |
| | | | | | 口頭・文書 | | | |
| | 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 | 自和暦 年 月 日 | 1日につき | 円 | | |
| | | | | 至和暦 年 月 日 | 日分 | 円 | | |
| | | | | 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 | 和暦 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 | |
| | 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 | 和暦 年 月 日 入院 通院 | | |
| | 転帰 | (和暦 年 月 日 現在) 現在入院中・通院加療中・治癒・中止 | | |
| | 入院治療機関 | 入院 自 和暦 年 月 日～至 年 月 日 | | |
| | | 通院 自 和暦 年 月 日～至 年 月 日 | | |
| 後遺症 | ある・ある見込・ない・ない見込 | | | |
| 治療見込 | 和暦 年 月 日から約 日 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 | | | |