

健康保険 第三者行為による傷病届

事務理事	事務長		

本人・家族

被害者・加害者関係	被保険者証 記号と番号	記号・番号 —	氏名	(印)		
	被保険者の勤務先	名称及び 職場名	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	昭・平・令 年 月 日		
	加害者の勤務先	名称又は氏名	所在地又は 住所	事業内容 又は 職業	TEL () —	
	加害者不明の場合	その理由				
事故内容	傷病名			発生年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃	
	発生場所					
	発生時の状況	勤務中・通勤途上・私用外出中・その他()				
	種別	自動車事故 ・ バイク 自転車 事故 ・ 殴打 刺傷 ・ その他()				
	事故結果	治療 ・ 入院直後の死亡 入院中の死亡 ・ (死亡 年 月 日) ・ 即死				
	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 交番(派出所)				
	過失の割合	自分がなんぶ 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		相手方がなんぶ 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		

◎ 該当文字を○で囲み、必要事項は記入してください。

様式1～様式4 の届出に添えて 提出する書類	自動車 事故	1.自動車事故証明書 2.診断書の写 3.死亡の場合は戸籍謄本 及び死亡診断書
		4.示談をしているときは 示談書の写

受付日付印

※ 過失の割合については損害保険会社の調査報告書(写)を添付してください。

治療状況	医療機関名					
	支払方法	健康保険(保険証私用) ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他()				
	治療開始	令和	年	月	日	入院・通院
	転帰	令和	年	月	日	現在 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治療 ・ 中止

※提出日現在の、示談状況を記入してください。

示談状況	示談が成立	令和	年	月	日					
	成立していない	令和	年	月	日	現在	成立していない理由			
	請求権を放棄した	令和	年	月	日		放棄した理由			
損害賠償の請求及び支払い状況	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は	した(請求者氏名) ・ 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	{ 治療費 休業補償 その他		円 円 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	年	月	日	1日につき	円		
			至	年	月	日	計	円		
		葬祭費						円		
		慰謝料						円		
		見舞金						円		
		障害補償金						円		
その他						円				
合計						円				
受領方法及び年月日	金額						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	