

健康保険 第三者行為による傷病届

業務理事	事務長		

本人 家族

被害者・加害者関係	被保険者証号 記号と番号	記号・番号 101 ー 123456	氏名 健保 太郎 (印)
	被保険者の勤務先	名称及び 職場名 社会医療法人きつこう会 本部	所在地 〒 552-011 TEL (06) 6585 ー 9999 大阪府大阪市港区南市岡1-2-5
	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 山田 次郎	生年月日 昭和 平・令 40年 8月 10日
	加害者の勤務先	名称又は氏名 海山工業(株)	事業内容 又は 職業
	加害者不明の場合	その理由	
事故内容	傷病名	頭部打撲 頸椎挫傷	発生年月日 令和 1年 7月 1日 午前 午後 時 分頃
	発生場所	JR大正駅前 交差点より東100メートル付近	
	発生時の状況	勤務中・通勤途上・ <u>私用外出中</u> ・その他()	
	種別	<u>自動車事故</u> ・ バイク 自転車 事故 ・ 殴打 刺傷 ・ その他()	
	事故結果	<u>治療</u> ・ 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	<u>あった</u> ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない	
	所轄署	〇〇 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, <u>8</u> , 9, 10	相手方がなんぶ 0, 1, <u>2</u> , 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	多根総合病院							
	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	1	年	7	月	1	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	1	年	7	月	2	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 円 休業補償 円 その他 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 至 年 月 日 日分 計 日分						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		