

# 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 ]		[ 至 年 月 ]		日 1日につき		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	金額	年 月 日 受領									
及び年月日	分割	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						
	( )回払										