

健康保険 第三者行為による傷病届

被 保 険 者	記号・番号	1 2 3 ・ 4 5 6 7		事業所名	〇〇〇〇株式会社		
	氏名	健保太郎		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	〇〇年〇〇月〇〇日	
	現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1番地 TEL 1 2 3 (4 5 6) 7 8 9 0					
(受 診 者) 被 害 者	氏名	健保花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	〇〇年〇〇月〇〇日	続柄	妻
	現住所	〒 同上 TEL ()					

加 害 者 (事 故 相 手)	氏名	組合一郎		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	〇〇年〇〇月〇〇日	
	現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町2-3 TEL 4 5 6 (7 8 9) 0 1 2 3					
	勤務先	名称	(株)××××		職業	営業	
		所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町4-5 TEL 7 8 9 (0 1 2) 3 4 5 6				
加害者の住所・氏名が不明の場合その理由							

事 故 内 容	傷病名	頸椎捻挫		損害の程度	全治 6 ヶ月		
	事故日時	令和〇〇年 7 月 25 日 午前・午後 6 時 1 0 分					
	事故の場所	〇〇県〇〇市〇〇町6-7路上					
	事故発生時の状況	被保険者又は被扶養者	自動車 バイク・自転車・歩行者・()				
		加害者(事故相手)	自動車 バイク・自転車・歩行者・()				
	所轄署	〇〇〇〇 警察署					
過失の度合	自分(被害者)の過失	0, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100 (%)					
	相手(加害者)の過失	0, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100 (%)					

この届出に添えて提出する書類	1. 交通事故証明書※ 2. 事故発生状況報告書 3. 念書兼同意書 4. 死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書 5. 示談をしている場合は示談書の写し
----------------	---

受付日付印

※物損事故での処理の場合、別途「人身事故証明入手不能理由書」の提出が必要な場合があります。

加害者の自動車保険加入状況	自賠責保険	保険会社名	〇〇損害保険株式会社		
		所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町8-8 TEL 111 (222) 3333		
		契約期間	〇〇年11月3日～△△年11月3日	契約者	組合 一郎
		証明書番号	KN1234567-8		
	任意保険	保険会社名	〇〇損害保険株式会社		
		所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町8-8 TEL 111 (222) 3333		
		契約期間	〇〇年11月3日～△△年11月3日	契約者	組合 一郎
		証明書番号	K123-567890		
被害者の人身傷害保険	保険会社名	××損害保険株式会社		担当者	損害 一太 TEL 111 (333) 5555

治療状況	医療機関	名称	〇〇整形外科病院		
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町2-2 TEL 222 (444) 5555		
	治療開始	令和〇〇年 7月 25日 から <input type="checkbox"/> 入院 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 通院			
	転帰	<input type="checkbox"/> 入院中 <input checked="" type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 治癒(年 月 日) <input type="checkbox"/> 症状固定(年 月 日)			
	治療費の支払い方法	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 全額被害者負担 <input type="checkbox"/> 全額加害者負担 <input type="checkbox"/> その他 () ※健康保険使用の場合の窓口負担 <input type="checkbox"/> 被害者が全額 <input type="checkbox"/> 被害者の人身傷害保険が負担 <input type="checkbox"/> 加害者が負担 <input checked="" type="checkbox"/> 加害者の損害保険会社が負担			

示談状況	示談は成立していますか	<input type="checkbox"/> 成立している 令和 年 月 日 成立			
		<input checked="" type="checkbox"/> 成立していない ・ <input type="checkbox"/> 交渉中 令和〇〇年 10月 30日 現在			
	請求権を放棄した場合	令和 年 月 日	理由		
損害賠償	損害賠償の請求状況	<input type="checkbox"/> すでに請求済 <input checked="" type="checkbox"/> 現在のところ未請求			
	損害賠償等の受領状況	<input type="checkbox"/> 受領済 <input checked="" type="checkbox"/> 受領していない			
	* 加害者や保険会社から賠償金を受領した場合のみ下欄に記入してください。				
	賠償金の内訳	治療費	円	慰謝料	円
		休業補償費	自 令和 年 月 日	1日につき	円
			至 令和 年 月 日	計	円
		葬祭費	円	その他	円
見舞金	円	(合計額)	円		
受領方法	一括	令和 年 月 日 受領			
	分割 ()回払い	1回目	円	令和 年 月 日 受領	
		2回目	円	令和 年 月 日 受領	
3回目		円	令和 年 月 日 受領		