

## 健康保険 第三者行為による傷病届

被 保 険 者	保険証の記号・番号	.	事業所名		
	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	現住所	〒 ( ) TEL ( )			
(受診者) 被害者	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	現住所	〒 ( ) TEL ( )			

加 害 者 ( 事 故 相 手 )	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
	現住所	〒 ( ) TEL ( )				
	勤務先	名称		職業		
		所在地	〒 ( ) TEL ( )			
	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		損害の程度	全治	ヶ月	
	事故日時	令和 年 月 日	午前・午後	時	分	
	事故の場所					
	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	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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 交通事故証明書※</li> <li>2. 事故発生状況報告書</li> <li>3. 念書兼同意書</li> <li>4. 死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書</li> <li>5. 示談をしている場合は示談書の写し</li> </ol>
----------------	---

受 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					
		所在地	〒 ( ) TEL ( )				
		契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日	契約者			
		証明書番号					
	任意保険	保険会社名				担当者	
		所在地	〒 ( ) TEL ( )			契約者	
		契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
		証明書番号					
被害者の人身傷害保険		保険会社名				担当者	
					TEL	( )	

治療状況	医療機関	名称				
		所在地	〒 ( ) TEL ( )			
	治療開始	令和 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 入院 ・ <input type="checkbox"/> 通院				
	転 帰	<input type="checkbox"/> 入院中 <input 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 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 ( ) <input type="checkbox"/> 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 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 type="checkbox"/> 成立していない ・ <input type="checkbox"/> 交渉中 令和 年 月 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 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 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	感謝料	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	