

第三者の行為による傷病届

本人 家族

(その1)

被害者・加害者関係	被保険者等記号	000	氏名	健保 太郎		
	番号	0000	現住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1		
	被保険者が勤務している事業所	名称	〇〇〇〇株式会社			
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1		TEL (111) 111-1111	
	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	加害 一郎		生年月日	昭平 令 ××年 ××月 ××日
		現住所	××県××市××町1-1		TEL (000) 111-2222	
加害者の勤務先	名称又は氏名	××××株式会社		事業内容又は職業	会社員	
	所在地又は住所	××県××市××町1		TEL (000) 123-4567		
加害者の住所氏名が判らないとき	その理由					
事故内容	傷病名	頸椎捻挫		発生年月日	令和 ××年 ××月 ××日 午前 後 ××時 ××分頃	
	発生の場所	××県××市××町交差点				
	種別	自動車事故 (バイク 自転車 事故・殴打 殺傷 その他)				
	事故結果	即死・入院直後の死亡 入院中の死亡		(死亡 年 月 日)	治療	
	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	〇〇〇〇 警察署		〇〇〇〇 派出所		
	過失の度合	自分がなんぶ		相手がなんぶ		
0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10				

○ 該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

この届に添えて提出する書類	自のとき車事は	1 自動車事故証明書 2 事故発生状況報告書 3 診断書 4 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書
		5 示談をしているときは示談書の写

受付日付印

事 故 発 生 の 状 況	<p>加害者の行為によって生じた事故について加害者の行動及び被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入してください。</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
	<p>事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示して下さい。</p>
事 故 現 場 の 見 取 図	

○自動車事故であって「事故発生状況報告書」を、この届に添えて提出するときは、この頁に記入する必要はありません。

加害者の加入自動車状況	責任保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> ある・ <input type="radio"/> ない	保険契約期間	自 令和 ××年 ××月 ××日 至 令和 ××年 ××月 ××日	
	保険加入証明書記号番号	第 ×××× 号	契約者名氏	加害 一郎	
	契約保険会社	名称	○○○○損保		
		所在地	△△県△△市△△町 8 TEL (000) 999-9999		
示談状況	示談が成立	<input checked="" type="radio"/> 交渉中		請求権を放棄した	
	平成 年 月 日	成立していない	令和○○年○○月○○日 現在	令和 年 月 日	
		示談が成立していない理由		放棄した理由	
損害賠償の請求および支払状況	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は	<input type="radio"/> した(請求者名)・ <input type="radio"/> しない・ <input checked="" type="radio"/> 請求中			
	加害者に対する損害賠償の請求	<input checked="" type="radio"/> していない・ <input type="radio"/> した	年 月 日	治療費 円 休業補償 円 その他 円	
	第三者(加害者)から損害賠償を受けたとき	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	自令和 年 月 日1日につき 日分 至令和 年 月 日 計	円
			葬祭費		円
			慰謝料		円
			見舞金		円
			障害補償費		円
			その他		円
合計		円			
受領方法	全額	令和 年 月 日 受領			
および年月日	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		

治療 状況を うけた とき	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた・うけない	
	医療機関	名称	〇〇〇〇総合病院	
		所在地	△△県△△市△△町1 TEL (000) 888-8888	
	支払方法	健康保険・加害者負担・ <u>自費</u> ・その他 ()		
	治療開始	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 入院 <u>通院</u>		
	転帰	(令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 現在) 現在入院中・ <u>通院加療中</u> ・治癒・中止		
	入院治療機関	入院 自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日 通院 自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日		
	後遺症	ある・ある見込・ <u>ない</u> ・ない見込		
治療見込	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から約 〇 <u>日</u> 月 ぐらい			



この欄は記入する必要がありません

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支給年月日	備 考
療養の給付	円	自 _____ 日間 至 _____		
療養費	円	マッサージ、コルセット 柔道整復施術、輸血		
傷病手当金	円	自 _____ 日間 至 _____		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

(回答用紙)

整理番号 第 号

令和 年 月 日

油研健康保険組合理事長殿

回答者住所

氏名 ⑩

_____ 事故の発生状況について (回答)

令和 年 月 日付照会のあったことについて、次のとおり
回答します。

事故状況説明書

だ れ と (あなたのお名前)			
だ れ が (相手方の住所名前)			
い つ (事故のあった日)	令和 年 月 日	午 前 後	時 分ごろ
ど こ で (事故のおきたところ)	番地		
	附近		
どのようにして事故がお きましたか (交通事故な ど図をかいた方がわかり やすい時は図をかいて説 明して下さい) できるだ けくわしく			
その結果どうになりました か (傷病名, 負傷の箇所 など)			
この責任はどちらになん ぶずつあると思います か。(合計10になるよう 丸で囲んで下さい)	自分がなんぶ	相手がなんぶ	合 計
	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	10
		整理番号	損 No.