

健康保険

第三者行為による傷病届

被害者	被保険者等	記号	123	フリガナ	○○○ ○○○		
		番号	4567	氏名	昭平	○○年○○月○○日生	(○○才)
	現住所	〒○○○-○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○			TEL○○○ (○○○)○○○		
	被保険者が勤務している事業所(連絡先)	名称	株式会社○○○○				
		所在地	〒○○○-○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○ TEL○○○(○○○)○○○				
被扶養者が被害者であるとき	フリガナ				続柄		
	氏名	昭・平・令			年	月	日生(才)

事故相手	加害者	フリガナ	○○○○○○○				
		氏名	昭平令 ○○年○○月○○日生(○才)				
	現住所	〒○○○-○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○ TEL○○○(○○○)○○○					
	加害者の勤務先	名称	株式会社○○○○			事業の内容又は職業	
		所在地	○○○○○○○○○○○○○○○○ TEL○○○(○○○)○○○			○○○○○	
加害者の住所氏名が不明の場合その理由							

事故の内容	傷病名	○○○○○○○○○○			損害の程度	全治	○○ヶ月	
	事故発生日・場所	事故日時	令和○○年○○月○○日(○)				午前	○○:○○頃
		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・交通事故以外( )					
		加害者(事故相手)	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外( )					
	所轄警察署	警察に届出済・届出なし・不明 *注1			届出署	○○○ 警察署		
	過失の度合(わかる範囲で)	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 (%)						

示談状況	示談は成立していますか	成立している	令和	年	月	日	成立
		成立していない・交渉中	令和	○○年	○○月	○○日	現在
	成立していない場合はその理由	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○					
請求権を放棄した場合	令和	年	月	日	理由		

\*注1 物損事故で処理した場合、別途「人身事故証明入手不能理由書」の提出を求める場合があります。

事故相手の賠償保険加入状況	自動車保険	自賠責保険	保険会社名	〇〇〇〇保険			
			所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL ( )			
		契約期間	〇年〇月〇日 ~ 〇年〇月〇日	フリガナ	〇〇 〇〇		
		証明書番号	123N456789	契約者	〇〇 〇〇		
	任意保険	保険会社名	〇〇〇〇保険			担当者	〇〇 〇〇
		所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL ( )			フリガナ	〇〇 〇〇
		契約期間	〇年〇月〇日 ~ 〇年〇月〇日	任意一括	有・ <input checked="" type="radio"/> 無		
		証明書番号	109ABC87654321	*注2			
	個人賠償責任保険等	保険会社名				担当者	
		所在地	〒 - TEL ( )			フリガナ	
契約期間		年 月 日 ~ 年 月 日	証明書番号	契約者			
被害者の人身傷害保険	加入の有無	あり・なし	保険会社名	担当者			
				TEL ( )			

治療状況	医療機関	名称	〇〇〇〇病院		
		所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL ( )		
	治療期間	令和〇年〇月〇日から (入院 自 〇〇月 〇〇日 至 〇〇月 〇〇日 )	通院		
	転院した場合	令和〇年〇月〇日から (入院 自 〇〇月 〇〇日 至 〇〇月 〇〇日 )	通院		
	後遺症	ある・ある見込み・ <input checked="" type="radio"/> ない・ない見込み・不明			
治療費の支払方法	<input checked="" type="radio"/> 健康保険・被害者負担・加害者負担(自賠責支払)・その他( )				

損害賠償	相手方に対する損害賠償の請求状況	すでに請求済・ <input checked="" type="radio"/> 現在のところ未請求			
	相手方からの損害賠償金等の受領状況	受領済・ <input checked="" type="radio"/> 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ご記入ください。				
	賠償金の内訳	治療費	円	慰謝料	円
		休業補償費	月 日から 月 日までの 日間 × 日額	=	日間 円
		葬祭費	円	その他	円
見舞金		円	(合計額)	円	
受領方法	一括	平成 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		

\*注2 任意一括とは、自賠責保険を含めて任意保険会社が一括して対応している場合です。

受付印