

健康保険 第三者行為による傷病届

【用紙1】

被保険者	被保険者証記号番号	—	勤務先事業所名			
	氏名	㊞		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	住所	〒	電話番号	- -		
負傷者氏名	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄	
	住所	〒	電話番号	- -		
加害者(相手方)	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	住所	〒	電話番号	- -		
	勤務先名					
	勤務先所在地	〒	電話番号	- -		
事故の内容	事故日	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃				
	発生場所					
	発生時の状況	・勤務中 ・通勤途上 ・私用外出中 ・その他 ()				
	所轄警察署	警察署 (人身・物損 ※注1)	警察へ届出	届あり・届なし		
	負傷した傷病名					
	事故の状況(自分)	自動車 バイク 自転車 歩行者	その他 ()			
	事故の状況(相手)	自動車 バイク 自転車 歩行者	その他 ()			
過失の度合	自分(被害者)の過失	0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10				
	相手(加害者)の過失	0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10				

※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」の提出をお願いします。

請求の可否	・可	・否
◎ (健保記載欄)	自賠責・任意保険・加害者・本人	請求権なし(100%過失)・不能

受付日付印

加害者(相手方)の自動車保険加入状況	自動車保険	自賠責保険	・加入している	保険契約期間	自 令和 年 月 日		
		加入の有無	・加入していない		至 令和 年 月 日		
		証明書番号		保険契約者名			
		保険会社名					
		所在地	〒				
	連絡先	電話	- -	担当者			
	任意保険	任意保険	・加入している	保険契約期間	自 令和 年 月 日		
		加入の有無	・加入していない		至 令和 年 月 日		
		証明書番号		保険契約者名			
		保険会社名					
所在地		〒					
連絡先	電話	- -	担当者				
被害者(あなた)の		・加入している (保険会社 電話 - - 担当者)					
人身傷害補償保険※注2		・加入していない					
事故相手の対応保険会社が治療費の3割を負担していますか。			・はい ・いいえ				

※注2 人身傷害保険とは、事故相手の治療費ではなく、自分自身の治療費を払ってくれる保険のことです。

治療状況	受診医療機関名		入院の有無	・あり (日間) ・なし		
	後遺症	・ある ・ある見込み ・ない ・ない見込み ・不明				
	治療費の支払方法	・健康保険 ・あなた負担 ・加害者負担(自賠責支払) ・その他 ()				
示談状況	示談が成立	令和 年 月 日				
	示談交渉中	令和 年 月 日現在				
	請求を放棄した	令和 年 月 日 放棄した理由;()				