

健康保険 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	被 保 険 者 証 記 号 被 記 号 と 番 号	記 号 番 号	氏 名	⑩	
	被害者が勤務して いる事業所	名 称	所在地		
加 害 者	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	生 年 月 日		
関 係	加害者の勤務先	氏 名	現 住 所	TEL ( )	
		名称または氏名 所在地または住所	事業内容 又は職業	TEL ( )	
	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	発 生 年 月 日	年 月 日	午前・午後	時 分 ごろ
	発 生 の 場 所				
	種 別	自動車事故・バイク 自転車 事故・殴打 刺傷・その他 ( 種別を記入して下さい )			
	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	警察署			派出所
過 失 の 度 合	自 分 が な ん ぶ			相 手 が な ん ぶ	
	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10			1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10	

・ 該当文字を○で囲み、必要事項は記入して下さい。

この届に添えて提出する書類	自と 動 車 事 故 の 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し	

受 付 日 付 印

事故発生 の 状 況	加害者の行為によって生じた事故について、加害者の行動および被害者の行動をわかりやすく、詳しく記入して下さい。
事故現場 の見 取 図	事故が発生した場所の見取図を記載して下さい。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。

加害者の自動車 保険加入状況	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自	年	月	日	
				至	年	月	日	
	保険加入証明番号	第 号	契約者氏名					
契約保険会社	名称							
	所在地	TEL ( )						
示談状況	示談が成立した	交渉中	年 月 日	請求権を放棄した				
	年 月 日	成立していない	現在	年 月 日				
		示談不成立の理由	放棄の理由					
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		した(請求者名 )・しない・請求中					
	加害者に対する損害賠償の請求		していない・した	年 月 日	治療費	円		
					休業補償	円		
				口頭・文書	その他	円		
	損害賠償の種類		加害者直接賠償 ・ 保険会社からの賠償					
	第三者(加害者)から損害賠償を受けたとき	賠償金の内訳		治療費(入院費を含む)	円			
				休業補償費	自 年 月 日	一日につき	円	
					至 年 月 日	日分	円	
					計 円			
				葬祭費	円			
慰籍料				円				
見舞金				円				
障害補償費				円				
その他	円							
	合計		円					
受領方法および年月日		全額						
		分割 ( )回払い	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	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた・うけない		
	治療を受けたとき	医療機関	名称		
			所在地	Tel ( )	
		支払い方法	健康保険・加害者負担・自費・その他( )		
		治療開始	年 月 日		入院 通院
		治療の結果	( 年 月 日 現在 )		
			現在入院中・通院加療中・治癒・中止		
		入院治療機関	入院	自 年 月 日	～至 年 月 日
			通院	自 年 月 日	～至 年 月 日
		後遺症	ある・ある見込・ない・ない見込		
治療見込	年 月 日から約		日・くらい 月		

-----  
 以下は記入する必要ありません

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 至 日間		
療養費	円	マッサージ・コルセット 柔道整復施術・はりきゅう・輸血		
傷病手当金	円	自 至 日間		
	円			
	円			
	円			
	円			
合計	円			

# 交通事故証明願

警察署長殿

年 月 日

願出人 住所 \_\_\_\_\_  
甲  
・ どの続柄 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
乙 ←※どちらかに○をつける

保険請求上必要があるのので下記の事実に相違ないことを証明願います。

1. 当事者 甲 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

※損壊物  
イ 車両 用途・種別 年式車名 登録(車両・標識・仮)番号  
□ その他 物件内容 \_\_\_\_\_

2. (1)当事者 乙 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

※ 無免許  
(2)当事者乙の 車両の種別 \_\_\_\_\_  
運転した車両 登録(車両・標識・仮)番 \_\_\_\_\_

◎ 契約保険会社名 \_\_\_\_\_ ◎ 自賠責保険 証明書番号 \_\_\_\_\_

◎ 保険契約者  
住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

◎ 無保険 \_\_\_\_\_

3. 事故発生の日時 年 月 日 午前 午後 時 分ごろ

4. 事故発生の場所 \_\_\_\_\_

5. 事故の状況  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

注) ※は任意保険を請求するとき、◎は自賠責保険を請求するときそれぞれ記入し、記入しないときは当該欄を抹消して警察署に提出して下さい。