

健康保険 第三者の行為による傷病届

当報告書の作成（被保険者・被扶養者・代理人）←該当に○

(1/2)

被害者(乙)	被保険者 健康保険	記号	氏名	印		
		番号	現住所			
	勤務先	名称				
		所在地				
	被扶養者の事故であるとき	氏名		被保険者との続柄		
	事故報告が代理人の場合(注1)	氏名		被保険者との続柄	印	
日中に連絡がつくTEL(注2)	氏名		TEL			
第三者(相手)(甲)	第三者	氏名		生年月日	大昭平 年 月 日	
		現住所	TEL			
	第三者の勤務先	名称又は氏名		事業内容又は職業		
		所在地又は住所	TEL			
第三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	(和暦) 年 月 日 午前・後 時 分頃		
	発生場所					
	事故種別	自動車事故 ・ バイク事故 ・ 打撲刺傷 ・ その他 () 自転車				
	事故結果	即死 ・ 入院直後の死亡 ((和暦) 年 月 日) ・ 治療 入院中				
	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		
	過失割合(注3)	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。

(注1) 被害者が契約の保険会社、弁護士等

(注2) 被保険者または被扶養者または事故報告代理人。被扶養者が未成年の場合は被保険者

(注3) 決定している場合のみ記入

第三者	自賠責保険加入有無	ある ・ ない		保険契約期間	自：(和暦) 年 月 日 至：(和暦) 年 月 日
	自賠責保険証明書番号	第 号		契約者氏名	
自動車	自賠責保険会社	名称			
		所在地	TEL		
保険加入状況	任意保険加入有無	ある ・ ない		保険契約期間	自：(和暦) 年 月 日 至：(和暦) 年 月 日
	任意保険加入証明書番号	第 号		契約者氏名	
自動車	契約保険会社	名称			
		所在地	TEL		
自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領		した(請求者名) ・ しない ・ 請求中			
第三者に対する損害賠償の請求		していない ・ した	(和暦) 年 月 日 口頭 ・ 文書	治療費 休業補償 その他	円 円 円
治療状況	医師の治療を受けましたか		受 け た ・ 受 け ない		
	治療を受けたとき	医療機関	名称		
		所在地			
	治療を受けたとき	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ()		
	治療を受けたとき	治療開始	(和暦) 年 月 日 入院 ・ 通院		
	治療を受けたとき	現在の状況	(和暦) 年 月 日現在 入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止		
	治療を受けたとき	治療期間	入院：自(和暦) 年 月 日 ～ 至 年 月 日		
	通院：自(和暦) 年 月 日 ～ 至 年 月 日				
	治療を受けたとき	後遺症	あ る ・ ある見込 ・ な い ・ ない見込		
治療を受けたとき	治療見込	(和暦) 年 月 日から 約		日ぐらい 月ぐらい	
示談状況	示談が成立		交渉中	(和暦) 年 月 日現在	
	年 月 日		成立してない	(和暦) 年 月 日	
			示談が成立していない理由	放棄した理由	