

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	
第三者（相手）（甲）	日中に連絡がつく TEL（注2）	氏 名		T E L		
	第 三 者	氏 名		生年月日	昭平令 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) 午前・後	年 月 日 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 入院中 の死亡（(和暦) 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 動 車 保 險 加 入 状 況	自 賠 責 保 險 加 入 有 無	ある ・ ない		保 險 契 約 期 間	自：(和暦) 年 月 日 至：(和暦) 年 月 日		
	自 賠 責 保 險 証 明 書 番 号	第 号		契 約 者 氏 名			
	自 賠 責 保 險 会 社	名 称					
		所在地	TEL				
	任 意 保 險 加 入 有 無	ある ・ ない		保 險 契 約 期 間	自：(和暦) 年 月 日 至：(和暦) 年 月 日		
	任 意 保 險 加 入 証 明 書 番 号	第 号		契 約 者 氏 名			
	契 約 保 險 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 円 休 業 補 償 円 そ の 他 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				
		支 払 方 法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ()				
		治 療 開 始	(和暦) 年 月 日 入 院 ・ 通 院				
		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 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				
		後 遺 症	あ る ・ ある見込 ・ な い ・ ない見込				
	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		請 求 権 を 放 棄 し た
	年 月 日		成立してない		(和暦) 年 月 日		(和暦) 年 月 日
			示談が成立し ていない理由				