常務理事	事務長	課　長	係　長	係　員

健康保険　第三者行為による傷病届

被害者	被保険者	記号 番号	フリガナ 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				
		所在地	〒　－ TEL　（　）			
	被扶養者が被害者であるとき	フリガナ 氏　名	昭・平・令　年　月　日生（　才）	続柄		

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 午後　：　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（%）		

治療状況	①	医療機関名称		年　月　日から　年　月　日まで
		所在地	TEL　（　）	
	②	医療機関名称		年　月　日から　年　月　日まで
		所在地	TEL　（　）	
	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・被害者負担・加害者負担（自賠責支払）・その他（　）		
治療終了見込み（治療終了日）		年　月頃　（　年　月　日治療終了）・　未定		

＊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。

＊注2　すでに治療が終了している場合は（ ）内に治療終了年月日を記入してください。

加害者の賠償保険加入状況	自動車保険	自賠責保険	保険会社名			
			所在地	〒　－ TEL　（　）		
			契約期間	年　月　日～　年　月　日	フリガナ 契約者	
			証明書番号			
			登録番号	車体番号		
		任意保険	保険会社名		担当者	
			所在地	〒　－ TEL　（　）	フリガナ 契約者	
			契約期間	年　月　日～　年　月　日	任意一括 ＊注3	有・無
			証明書番号			
	個人賠償責任保険等		保険会社名		担当者	
			所在地	〒　－ TEL　（　）		
			契約期間	年　月　日～　年　月　日	フリガナ 契約者	
			証明書番号			
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　（　）		

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	
	請求権を放棄した場合	平成 令和　年　月　日	理由	

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・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・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 日間　×日額　＝　円		
		葬祭費	円	その他	円
		見舞金	円	(合計額)	円
	受領方法	一括	令和　年　月　日　受領		
		分割 (　)回払い	1回目　円　令　年　月　日受領 2回目　円　令　年　月　日受領 3回目　円　令　年　月　日受領		

＊注3　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