

健康保険 第三者の行為による傷病届

常務理事	事務長	事務次長	課長	担当者

本人・家族

被 害 者 ・ 加 害 者 関 係	被保険者証	記号	被保険者氏名		昭・平 年 月 日生 ㊟		
		番号	現住所	〒 電話 - -			
	被保険者が勤務している事業所	名称	電話 - -				
		所在地	〒				
	被扶養者がうけた	氏名	昭・平・令 年 月 日生		被保険者との続柄		
	加害者(相手方)	氏名					
		現住所	〒 電話 - -				
	加害者の勤務先	名称	事業内容又は職業				
所在地		〒 電話 - -					
事故が起きた時の加害者状況		業務上		業務上外			

事 故 の 内 容	傷病名			発生年月日	令和 年 月 日 午前・後 時 分頃		
	治療を受けている医療機関	名称					
		所在地	〒 電話 - -				
	発生の場所						
	種別	交通事故・喧嘩・第三者の器物設置物による・その他(
	事故結果	入院・通院	現在の状況	治癒・治療中・死亡			
	警察官の立会	あった・ない・届出済	所轄署	警察署			
過失の度合	自分なんぶ			相手なんぶ			
	0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10			0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10			

示 談	示談が成立	交渉中	請求を放棄した	理由
	平成 年 月 日	令和 年 月 日現在	令和 年 月 日	

提出する書類	この届に添えて	<ul style="list-style-type: none"> 1. 自動車事故証明書 2. 事故発生状況報告書 3. 被害者の念書 4. 示談をしているときは、示談書の写し 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> 受付日付印 </div>
--------	---------	--	---

お願い 傷病が第三者の行為によるものときは(業務上、通勤途上を除く)この届出をすみやかに組合に提出してください。(法五十七条、則六十五条)

加害者の自動車保険加入状況	自賠責保険加入の有無	加入している・加入していない		保険契約期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		
	保険証明書番号				契約者氏名		
	契 保 險 会 約 社	名称					
		管轄支社・支店名	電話 - -				
		所在地	〒 担当者名				
	任意保険加入の有無	加入している・加入していない		保険契約期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		
保険証券番号	第 号		契約者氏名				
契 保 險 会 約 社	名称						
	管轄支社・支店名	電話 - -					
	所在地	〒 担当者名					

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、詳しく記入してください。(事故発生状況報告書を添付するときは記入の必要がありません)					

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ください。そして、被害者と加害者の行動を赤点線で表示してください。(事故発生状況報告書を添付するときは記入の必要がありません)					