

## 健康保険 第三者行為による傷病届

|     |                                 |                                                             |                                                          |          |                                                      |
|-----|---------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------|
| 被害者 | 被保険者等の<br>記号・番号                 | 100                                                         | 1234567                                                  | 被保険者氏名   | フリガナ ダイダン タロウ<br>大 暖 太 郎<br>**** 年 ** 月 ** 日生 (** 才) |
|     | 被保険者の<br>現住所                    | 〒****-****<br>〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町 **ー**<br>TEL ( **** ) *** - **** |                                                          |          |                                                      |
|     | 被保険者が<br>勤務している<br>事業所<br>(連絡先) | 名 称                                                         | ダイダン株式会社 業務本部                                            |          |                                                      |
|     |                                 | 所在地                                                         | 〒550-8520<br>大阪府大阪市西区江戸堀1-9-25<br>TEL ( 06 ) 6441 - 8231 |          |                                                      |
|     | 被扶養者が<br>被害者と<br>あ る と き        | 被扶養者<br>氏 名                                                 | フリガナ<br>年 月 日生 ( 才 )                                     | 被保険者との続柄 |                                                      |

|      |                           |     |                                                          |       |     |
|------|---------------------------|-----|----------------------------------------------------------|-------|-----|
| 事故相手 | 加 害 者                     | 氏 名 | フリガナ ケンボ サプロウ<br>健 保 三 郎<br>**** 年 ** 月 ** 日生 (** 才)     |       |     |
|      |                           | 現住所 | 〒****-****<br>〇〇県〇〇市〇〇町 **ー**<br>TEL ( **** ) *** - **** |       |     |
|      | 加 害 者 の<br>勤 務 先          | 名 称 | 〇〇運輸株式会社                                                 | 事業の内容 | 運送業 |
|      |                           | 所在地 | 〒****-****<br>〇〇県〇〇市〇〇町 **ー**<br>TEL ( **** ) *** - **** |       |     |
|      | 加害者の氏名・住所等が<br>不明の場合、その理由 |     |                                                          |       |     |

|                   |                |                        |                                    |    |    |     |         |    |    |    |    |     |     |  |
|-------------------|----------------|------------------------|------------------------------------|----|----|-----|---------|----|----|----|----|-----|-----|--|
| 事故の内容             | 傷 病 名          | 頭部打撲、左大腿骨骨折            |                                    |    |    |     |         |    |    |    |    |     |     |  |
|                   | 事故発生日<br>および場所 | 事故日時                   | **** 年 ** 月 ** 日 ( 土 ) 午前 午後 3 時頃  |    |    |     |         |    |    |    |    |     |     |  |
|                   |                | 場 所                    | 〇〇県〇〇市〇〇町 **ー** 〇〇交差点付近            |    |    |     |         |    |    |    |    |     |     |  |
|                   | 事故発生時の<br>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 ( ) |    |    |     |         |    |    |    |    |     |     |  |
|                   | 警察への届出         | 警察に届出済 ・ 届出なし ・ 不明 ※注1 |                                    |    |    | 届出署 | 〇〇〇 警察署 |    |    |    |    |     |     |  |
| 過失の割合<br>(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 | (%) |  |

|      |                |                                                |     |  |
|------|----------------|------------------------------------------------|-----|--|
| 示談状況 | 示談は成立していますか    | 成立している<br>成立していない ・ 交渉中<br>**** 年 ** 月 ** 日 現在 |     |  |
|      | 成立していない場合はその理由 | 現在も通院加療中のため                                    |     |  |
|      | 請求権を放棄した場合     | 年 月 日                                          | 理 由 |  |

※注1. 物損事故で処理した場合、「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。

健康保険 第三者行為による傷病届

|              |           |                |                                                         |     |               |                        |
|--------------|-----------|----------------|---------------------------------------------------------|-----|---------------|------------------------|
| 加害者の賠償保険加入状況 | 自動車保険     | 名称             | 〇〇保険株式会社                                                |     |               |                        |
|              |           | 所在地            | 〒***-****<br>〇〇県〇〇市〇〇町 **-**<br>TEL ( **** ) *** - **** |     |               |                        |
|              |           | 契約期間           | ****年**月**日～****年**月**日                                 |     | 契約者           | フリガナ ケンボ サブロー<br>健保 三郎 |
|              |           | 証明書番号          | ABCD12345-XYZ                                           |     |               |                        |
|              | 任意保険      | 名称             | 〇〇〇〇保険株式会社                                              |     | 担当者           | 損保 一郎                  |
|              |           | 所在地            | 〒***-****<br>〇〇県〇〇市〇〇町 **-**<br>TEL ( **** ) *** - **** |     |               |                        |
|              |           | 契約期間           | ****年**月**日～****年**月**日                                 |     | 契約者           | フリガナ ケンボ サブロー<br>健保 三郎 |
|              |           | 証明書番号          | XXX-123456789-9                                         |     |               |                        |
|              | 任意一括の有無   |                | (有) ・ 無 ※注2                                             |     |               |                        |
|              | 個人賠償責任保険等 | 名称             |                                                         |     |               |                        |
| 所在地          |           | 〒<br>TEL ( ) - |                                                         |     |               |                        |
| 契約期間         |           | 年 月 日～ 年 月 日   |                                                         | 契約者 | フリガナ<br>通院加療中 |                        |
| 証明書番号        |           |                |                                                         |     |               |                        |
| 被害者の人身傷害保険   |           | 加入の有無          | 有 ・ (無) 保険会社 担当者 TEL( ) -                               |     |               |                        |

|          |                                        |                                |                                                         |  |    |                          |
|----------|----------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------|--|----|--------------------------|
| 治療状況     | 医療機関等                                  | 名称                             | 医療法人〇〇〇会 〇〇〇病院                                          |  |    |                          |
|          |                                        | 所在地                            | 〒***-****<br>〇〇県〇〇市〇〇町 **-**<br>TEL ( **** ) *** - **** |  |    |                          |
|          | 治療期間                                   | 入院                             | ****年**月**日～****年**月**日                                 |  | 転帰 | 入院中 ・ (通院加療中)<br>治癒 ・ 中止 |
|          |                                        | 通院                             | ****年**月**日～****年**月**日                                 |  |    |                          |
|          | 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( ) |                                |                                                         |  |    |                          |

|      |                                    |                 |                              |         |       |    |
|------|------------------------------------|-----------------|------------------------------|---------|-------|----|
| 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           | 年 月 日から 年 月 日までの 日間<br>日間×日額 |         | 円＝ 円  |    |
|      |                                    | 葬祭費             | 円                            | その他     | 円     |    |
|      |                                    | 見舞金             | 円                            | (合計額) 円 |       |    |
|      | 受領方法                               | 一括払い            | 年 月 日 受領                     |         |       |    |
|      |                                    | 分割払い<br>( ) 回払い | 1回目                          | 円       | 年 月 日 | 受領 |
|      |                                    |                 | 2回目                          | 円       | 年 月 日 | 受領 |
| 3回目  | 円                                  |                 | 年 月 日                        | 受領      |       |    |

※注2. 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。