

常務理事	事務長		係

## 第三者行為による傷病届

(健保組合からのお願い) 負傷が治癒されましたら第三者行為の担当にご連絡下さい。

本人・家族

被保険者	記号	000	氏名	健保 太郎		
記号と番号	番号	000	現住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1		
被保険者が勤務している事業所	名称	〇〇〇〇株式会社				
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1-1			Tel 000 - 0000 - 0000	
被扶養者がうけた事故であるとき	氏名		被保険者との続柄			
加害者	氏名	加害 一郎		生年月日	大昭 平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	現住所	××県××市××町2-1			Tel 111 - 2222 - 3333	
加害者の勤務先	名称又は氏名	××××株式会社		事業内容又は職業	運送業	
	所在地又は住所	××県××市××町1			Tel 111 - 1122 - 2233	
加害者の住所氏名が判らないとき	その理由					
傷病名	頸椎捻挫		発生年月日	令和 ××年××月××日 午前 午後 ××時××分頃		
発生の場所	××県××市××町交差点					
種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打刺傷・その他( )					
事故結果	即死・入院直後の死亡・入院中の死亡(死亡 年 月 日)・治療					
警察官の立合	あった・ない・ないが届出済・わからない					
所轄署	〇〇 警察署		〇〇 派出所			
加害者に対して損害賠償請求権の有無	有・無	第三者側から受けた損害賠償の内容、金額及びその年月日、示談を行った場合はその状況(示談書の写を添付すること)				

受 付 日 付 印

この届に添えて提出する書類	自動車事故のときは	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自動車事故証明書</li> <li>2. 事故発生状況報告書</li> <li>3. 診断書</li> <li>4. 死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書</li> </ol>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>5. 念書</li> <li>6. 誓約書</li> <li>7. 示談をしているときは示談書の写</li> </ol>

負傷の詳細 (何の用務で、何をしに行くと、どうして負傷したか)	○で囲んで下さい。 1. 通勤途中 2. 会社の用務で 3. 休日に 4. その他				
	交差点で信号待ちをしていたところ、後ろからきた加害者の車に追突され、負傷した。				
治療状況	治療の有無	うけた ・ 受けない			
	治療機関	名称	〇〇〇病院		
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町2		
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ( )			
	治療開始	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	入院	通院	
	転帰	(令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日現在) 入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止			
	入院治療期間	入院 自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日	通院 自 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 至 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
	後遺症	ある ・ ある見込 ・ ない ない見込			
治療見込	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から約 〇〇 日 ぐらい				
自動車事故の場合	加害自動車保有者の氏名又は会社名	加害 一郎	住所	××県××市××町2-1 Tel 111 - 2222 - 3333	
	強制保険契約者の氏名又は会社名	加害 一郎	住所	同上 Tel - -	
	契約保険会社の名称	××××損害保険株式会社		保険証明書番号	12345
	自動車の種別	普通乗用車		車台番号	112233
	登録番号 車輻番号	00000/1000		事故届出警察署	〇〇警察署
	加害運転者と保有者の関係	本人 ・ 従業員 ・ 親族 ・ その他 ( )			
	加害自動車任意保険	あり	契約保険会社	××××損害保険株式会社	保険の契約期間 令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで
	なし	保険証明書番号	101010		

上記のとおりお届けします。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

氏名 健保 太郎

被保険者

住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1

トピー健康保険組合理事長 殿