

健康保険 第三者の行為による傷病届 (その1)

iDA健康保険組合 理事長 殿

被害者・加害者に関すること	被保険者証の記号・番号			被保険者氏名		
	被保険者住所	〒 (電話)				
	事業所名			所属部署		
	扶養家族が受けた事故であるとき	フリガナ 氏名			被扶養者の職業	
	加害者(事故の相手)	フリガナ 氏名			生年月日	大昭平 年 月 日
		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)				
加害者の住所・氏名等が判らない場合	その理由					

事故の内容・状況	傷病名	①	②	
	発生年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃 そのときは 出勤(帰宅)途中・勤務時間中・出張中・休日		
	発生場所			
	事故の種類	自動車事故・バイク事故・その他()		
	事故結果	即死・入院直後の死亡(死亡 令和 年 月 日)・治療 入院中の死亡		
	警察官の立合	あった・ない・立合はないが届出済・わからない		
	所轄署	警察署	派出所	立合なしの場合理由
事故に対する過失の割合	自分の過失割合		相手方の過失割合	
	0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10		0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10	

この届に添えて提出する書類等	自動車事故の場合	<ol 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. (その3)の用紙 4. 念書 5. 診断書(死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書)
	自動車事故以外	<ol style="list-style-type: none"> 1. (その2)(その3)の用紙 2. 事件の状況がわかる新聞記事等

健保受付印

○交通事故以外の場合にこの用紙に記入し「第三者の行為による傷病届」に添え提出してください。

事 故 発 生 の 状 況	<p>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。</p>

事 故 現 場 の 見 取 図	<p>事故が発生した場所の見取図を記載し、被害者と加害者の行動を、赤点線で表示してください。</p>

この事故で医師の治療を受けましたか		うけた・うけない (うけた場合、以下の欄に記入)			
治療の状況	治療を受けた医療機関	名称			
		所在地			
	治療費の支払方法				
	治療開始日	令和 年 月 日 入院・通院 (該当する方に○)			
	転帰(治療の結果) (該当するものに○)	(令和 年 月 日 現在) 現在も入院中・通院加療中・治療・中止			
	入院・治療の期間				
今後の治療見込			後遺症	ある・ある見込 ない・ない見込	

加害者(事故の相手)の自動車保険加入状況	自賠責保険加入の有無	あり・なし		保険契約期間	平成 年 月 日 令和 年 月 日	
	自賠責保険加入証明書番号	第 号	フリガナ 保険契約者氏名	加害者との関係 ()		
	自賠責保険契約保険会社	名称				
		所在地	〒 (担当者:) (電話)			
	任意保険加入の有無	あり・なし		保険契約期間	平成 年 月 日 令和 年 月 日	
	任意保険加入証明書番号	第 号	フリガナ 保険契約者氏名	加害者との関係 ()		
任意保険契約保険会社	名称					
	所在地	〒 (担当者:) (電話)				

加害者車両の保有者(所有者・使用者)について

フリガナ 氏名		連絡先		加害者との関係	
------------	--	-----	--	---------	--

示談の状況	示談成立した	令和 年 月 日	示談交渉中 (未成立)	年 月 日 現在
	示談が成立していない理由			
	請求権を放棄した場合	令和 年 月 日 放棄	放棄した理由	

※[示談の状況]について

治療に健康保険証を使用した場合で、示談が成立している場合には示談書の(写し)等を添付してください。