

# 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	1001	111	被保険者氏名	iDA 花子	
	被保険者住所	〒 541-0001 大阪市中央区〇〇〇1-2-3 <span style="float: right;">(電話 090 - 1111 -2222 )</span>				
	事業所名	(株)iDA		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	該当せず		被扶養者の職業	該当せず
	加害者(事故の相手)	フリガナ氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	大昭 2 年 1 月 1 日 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">平</span>
		住所	〒001-0001 東京都新宿区〇〇〇1-2-2 <span style="float: right;">(電話 090-0000-1111)</span>			
	加害者の勤務先	名称	〇〇〇株式会社		事業内容又は職業	作業員
所在地		〒 111-0000 東京都渋谷区〇〇〇1-2-3 <span style="float: right;">(電話 03-2222-1111)</span>				
加害者の住所・氏名等が判らない場合	その理由	該当せず				

事故の内容・状況	傷病名	① 頸椎捻挫		② 胸部打撲		
	発生年月日	令和 1 年 5 月 31 日 午前 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">午後</span> 15 時 30 分 頃 そのときは 出勤(帰宅)途中・勤務時間中・出張中・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">木</span> 日				
	発生場所	東京都千代田区〇〇〇1-2-2路上				
	事故の種類	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">自動車事故</span> ・バイク事故・自転車事故・その他( )				
	事故結果	即死・入院直後の死亡(死亡 令和 年 月 日)・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">治療</span> 入院中の死亡				
	警察官の立合	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">あった</span> ・ない・立合はないが届出済・わからない				
	所轄署	丸の内	警察署	千代田	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. <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">2.</span> 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10			0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">8.</span> 9. 10		

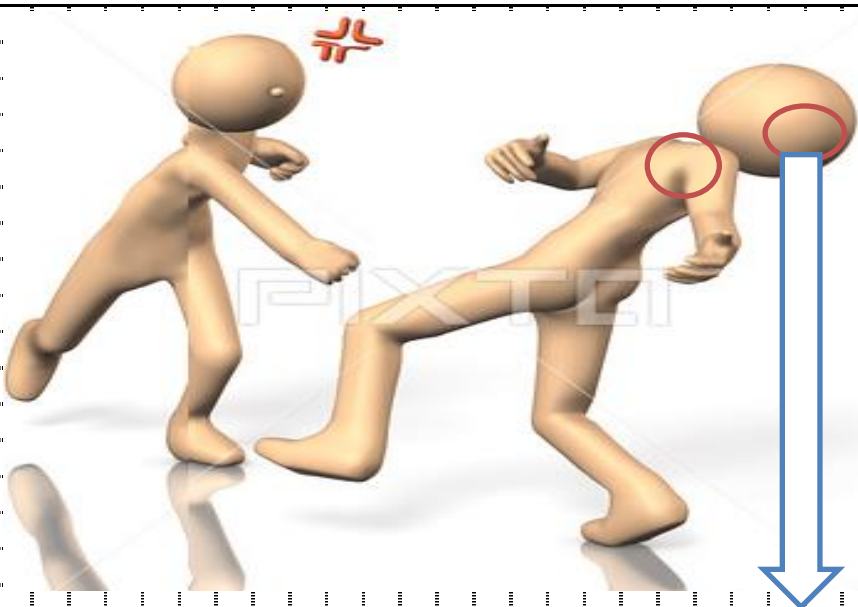
この届に添えて提出する書類等	自動車事故の場合	1. 自動車事故証明書 2. 事故発生状況報告書 3. (その3)の用紙 4. 念書 5. 診断書(死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書)
	自動車事故以外	1. (その2)(その3)の用紙 2. 事件の状況がわかる新聞記事等

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>
	<p>電車内でマナーの悪い学生に注意したところ、肩部あたりを殴られて転倒し頭部をぶつけ負傷した</p>
	<p>搬送された医療機関にて検査と処置をしてもらっている。</p>
	<p>加害者は駅員に取り押さえられ拘束された。</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。

事 故 現 場 の 見 取 図	
	<p>〇〇線電車社内にて肩のあたりを殴られ転倒し、頭部も打撲した。</p>

この事故で医師の治療をうけましたか		○つけた・うけない (うけた場合、以下の欄に記入)	
治療の状況	治療をうけた医療機関	名称	〇〇〇けんぽ病院
		所在地	東京都新宿区〇〇〇-〇 (電話 03-413-8888)
	治療費の支払方法	入院当初より健康保険を使用して、治療を行っている。	
	治療開始日	令和 1 年 5 月 31 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 1 年 6 月 28 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	入院 令和 1 年 5 月 31 日 から 令和 1 年 6 月 10 日 まで 通院 令和 1 年 6 月 11 日 から 令和 1 年 6 月 28 日 まで	
今後の治療見込	令和 1 年 7 月 1 日から 約 1 日 ぐらい	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 30 年 4 月 1 日 令和 2 年 3 月 31 日	
	自賠責保険加入証明書番号	第 123456 号	フリガナ 保険契約者氏名	健保 太郎 加害者との関係 (本人)	
	自賠責保険契約保険会社	名称	〇〇興亜損害保険株式会社 自賠責保険部		
		所在地	〒111-0000 東京都〇〇区〇〇1-1-1 (担当者:〇〇 一男) (電話 03-0000-7777)		
	任意保険加入の有無	あり・なし	保険契約期間	平成 31 年 4 月 1 日 令和 2 年 3 月 31 日	
	任意保険加入証明書番号	第 A-123456 号	フリガナ 保険契約者氏名	健保 太郎 加害者との関係 (本人)	
任意保険契約保険会社	名称	〇〇海上日動火災保険株式会社			
	所在地	〒222-0000 東京都〇〇区〇〇2-3-4 (担当者:〇〇 花子) (電話03-2222-3333)			

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	健保 新太郎	連絡先	090-000-8978	加害者との関係 父

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	治療が済んでいないため示談はしていない。		
	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。