

健康保険 第三者行為による傷病届（交通事故）

被 保 険 者	被 保 険 者 等	記 号	番 号	フリガナ 氏 名			
	被 保 険 者 住 所	〒 ー 【自宅・携帯TEL】 ()					
	被 保 険 者 勤 務 先	名 称					
		所 在 地	TEL ()				
	被扶養者が受けた事故であるとき	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日	続柄		

事 故	相 手 方	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日	
		住 所	〒 ー TEL ()		
相 手	相手方の勤務先	名 称			
		所 在 地	TEL ()		
	相手方の住所・氏名が不明な場合	理 由			

事 故 内 容	傷 病 名							
	事故発生日・場所	事 故 日	令和 年 月 日 ()				午前	時 分 頃
		場 所						
	事故発生時の状況	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 ()					
所 轄 警 察 署	警察に届出済み・警察に届出なし・不明				届 出 署	警察署		
過 失 の 度 合	自分が約%の過失	0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100						
	相手が約%の過失	0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100						


【この第三者行為による傷病届と一緒に、下記書類も併せてご提出ください。】


() 受付日付印

1. 交通事故証明書（〔発行先〕自動車安全運転センター）
2. 事故発生状況報告書
3. 念 書（被保険者用）
4. 確 認 書（事故相手(加害当事者)用）
5. 既に相手方と示談が成立している場合は「示談書(写)」

加害者の加入自動車保険	自賠責保険	保険会社名				
		所在地	TEL ()			
		契約期間	年 月 日～	年 月 日	フリガナ	
		証明書番号			契約者名	
	任意保険	保険会社名				
		所在地	TEL ()			
		契約期間	年 月 日～	年 月 日	フリガナ	
		証明書番号			契約者名	

示談状況	令和 年 月 日付で示談が成立した。	【成立していない理由又は放棄した理由】
	令和 年 月 日現在、交渉中。	
	令和 年 月 日現在、示談は成立していない。	
	令和 年 月 日付で請求権を放棄した。	

損害賠償	相手方に対する損害賠償の請求状況	すでに請求済み・現在のところ未請求	
	相手方からの損賠賠償金等の受領状況	受領済み・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をご記入ください。 			
賠償	賠償金の内訳	治療費	慰謝料
		休業補償費	月 日から 月 日までの 日間 日間 × 日額 = 円
		葬祭費	その他
		見舞金	(合計額) 円
賠償	受領方法	全額	令和 年 月 日受領
		分割 ()払い	1回目 円 令和 年 月 日受領
			2回目 円 令和 年 月 日受領
			3回目 円 令和 年 月 日受領

治療状況	この事故が原因で医師の治療を受けましたか。		受けた・受けない			
	※医療機関等で治療を受けた場合のみ下欄をご記入ください。 					
治療状況及び支払方法	① 病院名	所在地	都・県 区・市			
		期間	入院	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日	外来	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日
			令和 年 月 現在、入院中・通院加療中・治癒・中止			
		支払方法	健康保険・加害者(自賠責保険含む)・自費・その他()			
	② 病院名	所在地	都・県 区・市			
		期間	入院	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日	外来	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日
			令和 年 月 現在、入院中・通院加療中・治癒・中止			
		支払方法	健康保険・加害者(自賠責保険含む)・自費・その他()			