

健康保険 第三者行為による傷病届(交通事故以外)

※記号・番号は「マイナポータル」、「資格情報のお知らせ」、「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。

被 保 険 者	被保険者等	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇	フリガナ	ケンポ 知ウ		
		氏名	健保 太郎						
	被保険者住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都中央区〇〇〇1-1-1 【 <u>自宅</u> ・携帯TEL】 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇							
	被保険者勤務先	名称	(株)〇〇〇〇						
	所在地	東京都台東区〇〇〇2-2-2 TEL 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇							
被扶養者が受けた事故であるとき	フリガナ			生年月日		年	月	日	続柄
	氏名								

事 故 相 手 方	相手方	フリガナ	ジコ ジロウ			生年月日	昭和44年10月24日		
		氏名	事故 次郎						
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都台東区〇〇〇3-3-3 TEL 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇							
	相手方の勤務先	名称	(株)〇〇〇〇						
	所在地	東京都中央区〇〇〇4-4-4 TEL 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇							
相手方の住所・氏名が不明な場合	理由								

事 故 内 容	傷病名	顔面打撲及び擦過傷								
	事故発生日・場所	事故日	令和 2年 4月 17日(金)			午前	8時15分頃			
		場所	東京都豊島区池袋5-5-5 居酒屋〇〇店内							
	種別	<u>殴打</u> ・ 刺傷 ・ 咬傷 ・ その他 ()								
	所轄警察署	<u>警察に届出済み</u> ・ 警察に届出なし ・ 不明					届出署	池袋 警察署		
過失の割合	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. <u>100</u>								

【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. 念書(被保険者用)
2. 確認書(相手方当事者用)
3. 既に相手方と示談が成立している場合は「示談書(写)」

事故発生時の状況	<p><相手方の行動及びご自身の行動等わかりやすく、詳しくご記入ください></p> <p>勤務後、職場の同僚とともに池袋駅前の居酒屋で飲食中、店内が混雑していたこともあり、隣席の人と接触することがありました。このときに隣席の人から押すなどと怒鳴られ、一方的に殴られるなどの暴行を受けました。同僚や店員が間に入り、警察にも通報されたため、3回程度顔面を殴られたところでの場合は収まりました。</p>
----------	--

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 2年 5月 13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		
	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		円
		葬祭費		その他	
		見舞金		(合計額)	円
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			
	① 治療を受けたとき	病院名	〇〇〇医院	所在地	東京 (都) 中央 (区) 市	
		期間	入院	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日	外来	令和 2年 4月 17日～ 令和 年 月 日
			令和 2年 5月現在、入院中・ 通院加療中 ・治癒・中止			
	支払方法	健康保険 ・相手方負担・自費・その他()				
	② 治療を受けたとき	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・相手方負担・自費・その他()					