

健康保険 第三者行為による傷病届

本人・家族

(その1-1)

被害者・加害者関係	被保険者証 記号と番号	記号	氏名	大和 正志		印	
		番号	現住所	神奈川県横浜市○○区○○町3-4-5 〒○○○-○○○ TEL 045(○○○)○○○○			
	被害者が勤務 している事業所	会社名	大和証券(株)				
		部室店名	課・グループ	○○支店 ○○○課			
		所在地	〒○○○-○○○ 内線 #○○○-○○○ 東京都○○区○○町 3-4-5				
	被扶養者がうけた 事故であるとき	氏名	大和 一志	被保険者との 続柄	長男		
	加害者	氏名	山中 浩二	生年月日	昭平令 2年 6月30日		
		現住所	〒○○○-○○○ TEL 044 (○○○) ○○○○ 神奈川県川崎市○○区○○町 4-5-6				
	加害者の勤務先	名称 または氏名	山中興業(株)	事業内容 又は職業	土木・建築・職人幹 徒		
		所在地 または住所	〒○○○-○○○ TEL 044 (○○○) ○○○○ 神奈川県川崎市○○区○○町 4-5-6				
加害者の住所が 判らないとき	その理由						
事故内容	傷病名	左腕下腕部骨折	発生年月日	午前・午後 1時20分頃 令和2年 2月10日			
	発生の場所	川崎市○○区○○町5-10-5市道○○線 ○○町交差点横断歩道上					
	種別	自動車事故・バイク 事故・殴打 ・その他( ) 自転車 殺傷					
	事故結果	即死・入院直後の死亡 (死亡 年 月 日) 治療 入院中の死亡					
	警察官の立会	あった ない ・ ないが届出済 ・ わからない					
	所轄署	○○○警察署		○○○○○交番			
	過失の度合	自分がなんぶ		相手方がなんぶ			
0、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10		0、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10					

※ 該当文字を○でかこみ、必要事項は記入してください。

この届に添えて 提出する書類	故自動 の動 と車 事	1 自動車事故証明書 2 事故発生状況報告書 3 診断書 4 死亡の場合は戸籍謄本 および死亡診断書
		5 示談しているときは 示談書の写し

受付日付印

○自動車事故であって「事故発生状況報告書」をこの届に添えて提出するときには、この項に記入する必要はありません。

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、くわしく記入してください。

事故発生状況

**事故現場は信号のある交差点の横断歩道上でした。**

**歩行者信号（当方）が青になったので、息子の手をつないで横断を始めたところ、同じ方向より左折してきた乗用車に息子が撥ねられ病院へ運ばれました。**

.....

.....

.....

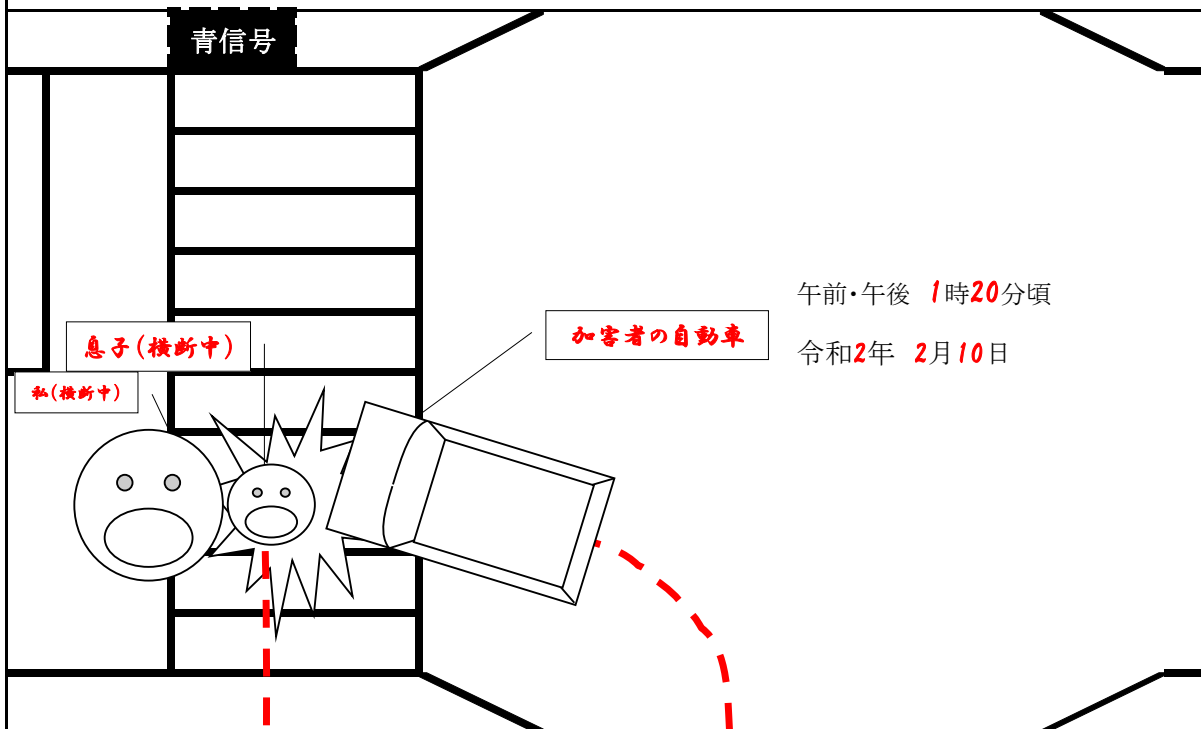
.....

.....

.....

事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして、被害者と加害者の行動を赤点線をもって表示してください。

事故現場の見取図



加害者の自動車保険加入状況	自賠責保険加入の有無	<b>ある</b> ・ない	保険契約期間	自令和 2 年 1 月 1 日 至令和 4 年 12 月 31 日	
	保険加入証明記号番号	第○○○○○○○○号	契約者氏名	<b>山中 浩二</b>	
	契約保険会社	名称	<b>〇〇海上火災</b> TEL <b>03(〇〇〇〇)〇〇〇〇</b>		
		所在地	<b>東京都〇〇区〇〇〇町 2-4-6 〇〇ビル</b>		
	任意保険加入の有無	<b>ある</b> ・ない	契約者氏名	<b>山中 浩二</b>	
	契約保険会社	名称	<b>〇〇海上火災</b> TEL ( )		
所在地		<b>東京都〇〇区〇〇〇町 2-4-6 〇〇ビル</b> 担当 <b>山田 洋一</b>			
示談状況	示談が成立	交渉中	令和 2 年	請求権を放棄した	
		<b>成立していない</b>	3 月 1 日現在	令和 年 月 日	
	令和 年 月 日	示談が成立していない理由		放棄した理由	
損害賠償	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は	した(請求者名 )・しない・請求中			
	加害者に対する損害賠償の請求	年 月 日	治療費	円	
		していない・した	休業補償	円	
		口頭・文書	その他	円	
第三者(加害者)から損害賠償をうけたときおよび支払状況	損害賠償の種類	加害者直接賠償・保険会社からの賠償			
	賠償金の内訳	治療費(入院費を含む)		円	
		休業補償費	自令和 年 月 日	1日につき 円	
			.....	日分	
			至令和 年 月 日	計 円	
		葬祭費		円	
		慰藉料		円	
		見舞金		円	
	障害補償費		円		
	その他		円		
合計		円			
受領方法	全額	令和 年 月 日	受領		
	分割	第1回	円	年 月 日受領	
		第2回	円	年 月 日受領	
		第3回	円	年 月 日受領	
および年月日	( )回払				

(その2-2)

治療状況	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた・うけない	
	医療機関	名称	〇〇総合病院	
		所在地	東京都〇〇区〇〇〇〇町5-5-1 TEL03(〇〇〇〇)〇〇〇〇	
	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他( )		
	治療開始	令和2年2月10日 入院 通院		
	転帰	(令和2年3月1日現在) 現在入院中・通院加療中・治癒・中止		
	入院治療機関	入院自令和 年 月 日～至令和 年 月 日 通院自令和 年 月 日～至令和 年 月 日		
	後遺症	ある・ある見込・ない・ない見込		
治療見込	令和 年 月 日から約 日 ぐらい			



この欄は記入する必要ありません

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支給年月日	備考
療養の給付	円	自 _____ 日間 至 _____		
療養費	円	マッサージ・コルセット 柔道整復施術・輸血		
傷病手当金	円	自 _____ 日間 至 _____		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			