

第三者の行為による傷病届

被害者関係	被保険者証 記号・番号	—	被保険者氏名 (自署)				
	現住所・Tel	〒 (—)		Tel: ()			
	被害者が勤務している 事業所	名 称		職 業			
		所 在 地	Tel				
被扶養者が受けた事故であるとき		氏 名		被保険者との続柄			
加害者関係	加 害 者	氏 名		生年月日	S	年 月 日	
		現 住 所	Tel: ()				
	加 害 者 の 勤 務 先	名 称 又 は 氏 名					
		所在地又は住所	Tel				
加害者がわからないときはその理由							
事故の内容	発生日時	年 月 日 午 前 時 分頃 後					
	発生場所						
	負傷原因 (詳細に記入してください)	1.業務上の災害 2.通勤途上の災害	} …労災保険…	イ.	認められた		
		3. 上記以外……………		ロ.	認められなかった		
	事故の状況 (何をしているとき受傷したか等)			ハ.	これから手続きする		
				ニ.	加害者がある (交通事故等)		
					ホ.	加害者はいない	
	事故の種別	自動車 バイク	事故・自転車事故・	殴打 刺傷	事故・その他 ()		
警察官の立合	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ 警察へ未届出						
所 轄 署	警察署				交番		
過失の割合	自 分 の 過 失			相 手 の 過 失			
	%			%			

受付日付印

示談の内容	示談成立	年 月 日	成立していないときはその理由		
	示談交渉中	年 月 日 現在			
	自動車保険より保険金を受けたとき	① 年 月 日		円受領	
	加害者より損害賠償金を受けたとき	① 年 月 日	円受領	③ 年 月 日 円受領	
被害者の治療状況	治療開始年月日	年 月 日	治療費の区分	健保・自費・加害者・その他()	
	治ゆ見込年月日	年 月 日	㊦ 下記の記入順位は治療を受けた順に記入して下さい。		
	治療を受けた医療機関	医療機関名	所在地	治療期間	
	1			月 日 ~ 月 日	
	2			月 日 ~ 月 日	
加害者の自動車保険加入状況	自賠責	入ってる・入ってない	入っていないときはその理由		
		保有者の車	氏名	加害者との関係	
			住所	Tel: ()	
		保険証明番号	第 号		
		車の種別	車の登録番号		
	自動車保険	車台番号	保険加入機関	自 年 月 日 年	至 年 月 日
		契約保険会社名	名称	(〒 -)	
			所在地	Tel: ()	
		任意(対人)保険	入ってる・入ってない	入っていないときはその理由	
			保険証明番号	第 号	
契約保険会社名	名称		(〒 -)		
	所在地	Tel: ()			

【確認書類】

- (1) 「事故発生状況報告書」
 - (2) 「自動車事故証明書」
 - (3) 「第三者事故念書」(被保険者自身で記入する書類)
 - (4) 「第三者事故用誓約書」(加害者に記入してもらう書類)
- ※示談をしたときは示談書(写)

健康保険法 施行規則 第六十五条(第三者の行為による被害の届出)

療養の給付に係る事由又は入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給に係る事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、被保険者は、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した届書を保険者に提出しなければならない。

- 一 届出に係る事実
- 二 第三者の氏名及び住所又は居所(氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨)
- 三 被害の状況