

【提出先: 申請者→会社担当部署→健保組合】 ※A4 で片面印刷してください。

第三者の行為による傷病届

被害者関係	被保険者等 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	ロ. 認められなかった	ハ. これから手続する	
	3. 上記以外……………	二. 加害者がある (交通事故等)		ホ. 加害者はいない			
	事故の状況 (何をしているとき受傷したか等)						
	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	
		② 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	③ 年 月 日	円	
	② 年 月 日	円	④ 年 月 日	円	
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	⑨ 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	
保険加入状況	加害者自動車保険	自賠責保険	保険会社名		
			所在地	〒 Tel: ()	
			証明書番号	契約者	
	任意保険	任意保険	保険会社名		
			所在地	〒 Tel: ()	
			証明書番号	契約者	
	被害者の人身傷害保険		加入の有無	あり ・ なし	
			保険会社名		
			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)