

【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)	健保	
	現住所・Tel	〒 (100 — 9999) 住所: 東京都千代田区●●2-13-1			
	被害者が勤務している事業所	名称	●●生命保険会社		
		所在地	東京都千代田区●●2-		
被扶養者が受けた事故であるとき		氏名	健保 花子	被保険者との続柄	長女
加害者関係	加害者	氏名	◆◆ ◆◆	生年月日	S 年 月 日 H
		現住所	東京都●●区●●	Tel: 090 (●●●●●) ●●●●●	
	加害者の勤務先	名称又は氏名	●●●●株式会社		
		所在地又は住所	東京都●●区●●	Tel: 090 (●●●●●) ●●●●●	
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	2024年 ●月 ●日 午前 6時 30分頃 (後)			
	発生場所	東京都渋谷区●●1-1-1	業務上の事故の場合は、健康保険は使えません。労災保険になりますので、会社担当部署へお問い合わせください。		
	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…	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	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		
	20 %		80 %		

・第三者行為とは、他人による加害行為です。交通事故・他人のペットにかまれた・食中毒等。
・第三者の行為によって、けがをした場合には、その医療費は、加害者に負担していただきます。

業務上の事故の場合は、健康保険は使えません。労災保険になりますので、会社担当部署へお問い合わせください。

受付日付印

当届出の提出時に過失割合が不明の場合には、無記入で可。

示談の内容	示談成立	年 月 日	成立して いないときは	
	示談交渉中	年 月 日		
	自動車保険より 保険金を 受けたとき	① ②		受領 受領 円 円
被害者の治療状況	加害者より損害賠償金を受けたとき	① ②	年 月 日 円	④ 年 月 日 円
	治療開始年月日	2024 年 12 月 1 日	治療費の区分	健保・自費・加害者・その他()
	治癒見込年月日	年 月 日	注	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	●●病院		月 日 ~ 月 日
2	●●整骨院		月 日 ~ 月 日	
3			月 日 ~ 月 日	
4			月 日 ~ 月 日	
加害者自動車任意保険加入状況	自賠責保険	保険会社名	◆◆損害保険株式会社	
			〒172-0000	
	任意保険	保険会社名	●●損害保険株式会社	
		所在地	〒172-1111 東京都新宿区 2-2-22 Tel: ●● (●●●●) ●●●●	
	証明書番号	第 1234567 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	●●損害保険株式会社	
		所在地	〒172-1111 東京都新宿区 2-2-22 Tel: ●● (●●●●) ●●●●	

加害者と被害者で示談をしてしまうと、かかった医療費等を求償できなくなる場合があります。
示談を行う前に、その内容について、当健保へご連絡ください。

自動車事故の場合には、加害者の損害保険の加入状況を確認し、正確にご記入ください。加入保険についてすべてご記入をお願いします。

【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)