

第三者の行為による傷病届

本人 家族

(その1)

被害者・加害者関係	被保険者証 記号と番号	記号 000	氏名	健保 太郎		
	被保険者が勤務している事業所	第0000号	現住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1		
	被扶養者がうけた事故であるとき	名称	〇〇〇〇株式会社			
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1		TEL ( 111 ) 111-1111	
	加害者	氏名	加害 一郎	被保険者との続柄	昭平 (令)	
		現住所	××県××市××町1-1		生年月日	××年 ××月 ××日
	加害者の勤務先	名称又は氏名	××××株式会社		事業内容又は職業	会社員
	所在地又は住所	××県××市××町1		TEL ( 000 ) 123-4567		
	加害者の住所氏名が判らないとき	その理由				
事故内容	傷病名	頸椎捻挫		発生年月日	令和 ××年 ××月 ××日 午前 ××時 ××分頃	
	発生の場所	××県××市××町交差点				
	種別	自動車事故・バイク 事故・殴打 自転車 殺傷 その他 ( )				
	事故結果	即死・入院直後の死亡 入院中の死亡		(死亡 年 月 日)	治療	
	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	〇〇〇〇 警察署		〇〇〇〇 派出所		
過失の度合	自分がなんぶ		相手がなんぶ			
	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、必要事項を記入してください。

この届に添えて提出する書類	自の動 車 事 故	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 示談をしているときは示談書の写

受付日付印



加害者の加入自動車状況	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 令和 ××年 ××月 ××日 至 令和 ××年 ××月 ××日	
	保険加入証明書記号番号	第 ×××× 号	契約者名	加害 一郎	
	契約保険会社	名称 所在地	〇〇〇〇損保 △△県△△市△△町8 TEL ( 000 ) 999-9999		
示談状況	示談が成立している	交渉中	令和〇〇年〇〇月〇〇日	請求権を放棄した	
	平成 年 月 日	成立していない	現在	令和 年 月 日	
		示談が成立していない理由		放棄した理由	
損害賠償の請求および支払状況	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	していない・した	年 月 日	治療費 円 休業補償 円 その他 円	
	第三者(加害者)から損害賠償を受けたとき	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 日分 至令和 年 月 日 計	円
			葬祭費		円
			慰謝料		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			
および年月日	分割 ( ) 回払	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		

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	〇〇〇〇総合病院	
		所在地	△△県△△市△△町1 TEL ( 000 ) 888-8888	
	支払方法	健康保険・加害者負担・ <u>自費</u> ・その他 ( )		
	治療開始	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 入院 <u>通院</u>		
	転帰	(令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 現在) 現在入院中・ <u>通院加療中</u> ・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・ <u>ない</u> ・ない見込		
治療見込	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から約 〇 <u>日</u> 月 ぐらい			



この欄は記入する必要がありません

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			

被 害 者 加 害 者 あ て

発 第 号  
令和 年 月 日

殿

油研健康保険組合理事長

\_\_\_\_\_事故の発生状況について（照会）

令和 年 月 日発生した \_\_\_\_\_ 事故につきまして、  
その発生の状況をくわしく知ることができません。

つきましては、お忙しいところ誠に恐縮ですが、回答用紙に、該当する  
ところを記入のうえ、ご提出くださるようお願いいたします。

連絡先 組合事務所 \_\_\_\_\_

電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

(回答用紙)

整理番号 第 号

令和 年 月 日

油研健康保険組合理事長殿

回答者住所

氏名 印

\_\_\_\_\_事故の発生状況について (回答)

令和 年 月 日付照会のあったことについて、次のとおり  
回答します。

事故状況説明書

だ れ と (あなたのお名前)			
だ れ が (相手方の住所名前)			
い つ (事故のあった日)	令和 年 月 日	午 前後	時 分ごろ
ど こ で (事故のおきたところ)	番地		
	附近		
どのようにして事故がお きましたか (交通事故な ど図をかいた方がわかり やすい時は図をかいて説 明して下さい) できるだ けくわしく			
その結果どうになりました か (傷病名, 負傷の箇所 など)			
この責任はどちらになん ぶづつあると思います か。(合計10になるよ う丸で囲んで下さい)	自分がなんぶ	相手がなんぶ	合 計
	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	10
		整理番号	損 No.