

被保険者
家族

第三者行為による傷病届

(その1)

当 健 保 組 合 員	事業所 名称・所在地	(事業所名)		所属 職種	(所属名)	
		(事業所の住所・電話番号)			(職種名)	
		TEL — —				
	保険証の 記号・番号	記号	1 2 3	被保険者氏名	(氏名)	捺印 (印)
		番号	4 5 6 7 8 9	生年月日・印	昭・平・令	〇年 〇月 〇日生
被保険者の 住所・電話	〒 (被保険者の住所・電話番号)					
	TEL — —					
被扶養者が受けた事故の 場合はその者の氏名・続柄	(該当者の氏名)					
	昭・平・令 〇年 〇月 〇日生 (続柄 〇〇)					
相 手 関 係	氏名	(相手の氏名)			昭・平・令 〇年 〇月 〇日生	
	現住所 電話	〒 (相手の住所・電話番号)				
		TEL — —				
	勤務先住所 名称・電話	〒 (相手の勤務先住所・電話番号)				
	TEL — —					
	相手不明の場合は理由 (必要に応じて記入)					
事 故 の 内 容	発生年月日	令和 〇年 〇月 〇日 (〇) 午前・午後 〇〇時 〇〇分頃				
	発生場所	(事故が発生した場所)				
	傷病名	(傷病名)	発生原因	仕事中・通勤途上・その他		
	発生状況	(誰が何をしていた時の事故なのか・どういう事故だったのか)				
	過失の度合	自分被害者	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	相手加害者	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	事故の種別	自分	自動車・バイク・自転車・殴打・刺傷・その他 ()			
		相手	自動車・バイク・自転車・殴打・刺傷・その他 ()			
	警察の立会 所轄署	立ち会った・立ち会わない・届出済・ 〇〇日に届出る・届出なし				
		〇〇〇〇警察署 派出所				
	強制保険	保険加入証明番号	〇〇〇—〇号	名称	(保険会社名)	
		契約者氏名	(氏名)	所在地	(保険会社の住所・電話番号)	
	任意保険	保険加入証明番号	〇〇〇—〇号	名称	(保険会社名)	
契約者氏名		(氏名)	所在地	(保険会社の住所・電話番号)		
病院所在地 名称・電話	〒 (治療を受けた病院の住所・医療機関名・電話番号)					
	TEL — —					
治療の見込	2週間以内・1ヶ月以内・3ヶ月以内・3ヶ月以上					

※該当文字を○でかこみ、必要事項をすべて記入して下さい。

20220401 改訂

示談について	1. 示談成立済。(年 月 日・示談書の写を提出すること) 2. 示談交渉中。(年 月 日現在・ 年 月 日頃示談予定) 3. わからない。(不成立・放棄：理由) 4. その他 (賠償金・見舞金を受けた 年 月 日・ 円)
事故発生状況を詳しく	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具体的に詳しく記入して下さい。
事故現場の見取図	事故が発生した場合の見取図を記載して下さい。また、被害者と加害者の行動を赤点線にて表示して下さい。

※「事故発生状況報告書」をこの届に添えて提出するときは、この頁に記入する必要はありません。

※この届に添付する書類：交通事故証明書・事故発生状況報告書・念書・誓約書・同意書・示談書の写等

受付日付

上記のとおりお届けします。

令和 ○年 ○月 ○日

届出人(被保険者) 住所 (住所)

氏名 (氏名)

捺印[Ⓜ]