

常務理事	事務長	係

健康保険第三者の行為による傷病届

(その1)

被害者・相手方関係	被保険者証 記号と番号	記号 10 番号 1234567	氏名 現住所	健保太郎 〒×××××××× 愛知県名古屋市□□□□□□	印	
	被保険者が勤務している事業所	名称 所在地	○○○○○○○(株) 愛知県名古屋市□□□□□□□□ TEL (△△△) △△△-△△△△			
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名	健保 花子	被保険者との続柄	妻	
	相手方	氏名	組合 一郎	生年月日	昭・平・令 11年 8月 26日	
		現住所	三重県□□□□□□□□□□ TEL (△△△) △△△-△△△△			
	相手方の勤務先	名称又は氏名	○○○商事(株)	事業内容又は職業	会社員	
		所在地又は住所	三重県□□□□□□□□□□ TEL (△△△) △△△-△△△△			
相手方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、外傷性頸部症候群		発生年月日	午前・後 10時 40分頃 令和 6年 4月 16日	
	発生の場所	○○県○○市内 国道○○号線 ○○交差点付近				
	種別	自動車事故・バイク事故・殴打・刺傷・自転車事故・その他 ()				
	事故結果	即死・入院直後の死亡 (死亡年月日) 治療				
	警察官の立合	あった・ない・ないが届出済・わからない				
	所轄署	□□□ 警察署		□□□ 派出所		
	過失の度合 (不明は無記入)	自分がなんぶ		相手がなんぶ		
	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10			

●該当文字を○でかこみ、必要事項は記入してください。

この届に添えて提出する書類	自動車	1	自動車事故証明書
	事故の	2	事故発生状況報告書
	ときは	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

○自動車事故であつて「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。

相手方の行為によって生じた事故について相手方の行動および被害者の行動をわかりやすく、詳細に記入してください。

事故発生状況

休日に自家用車で〇〇県〇〇市内、国道〇〇号線を走行中、〇〇交差点付近で赤信号

により停止しようとしたところ、後ろから軽自動車に追突された。

300mほど手前から赤信号を確認しており、急ブレーキを踏むような状況ではなく、

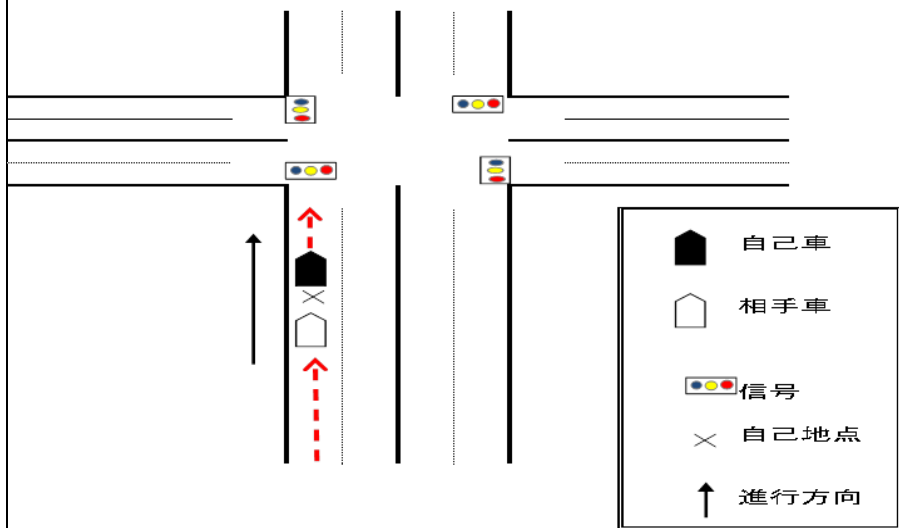
余裕をもって停止しようとしていたところへ、相手方はスピードを落とすことなく

後ろから追突。相手方の前方不注意が原因だと思われる。

なお、同乗者はいなかったため、相手方を含め自分以外にケガをした人はいない。

事故現場の見取図

事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして相手方と被害者の行動を、赤点線をもって表示してください。



相手方の自動車保険加入状況	自賠責保険	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	保険契約期間	自令和 5年 4月 1日 至令和 7年 3月 31日	
	保険加入証明 記号番号	記号 △△△ 第 △△△△ 号	契約者氏名	組合 一郎	
	契約 保険会社	名称	〇〇損害保険㈱		
		所在地	東京都港区□□□□□□□□ TEL (△△△) △△△-△△△△		
	任意保険	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	保険契約期間	自令和 5年 4月 1日 至令和 8年 3月 31日	
	保険加入証明 記号番号	記号 △△△ 番号 △△△△	契約者氏名	組合 一郎	
契約 保険会社	名称	〇〇損害保険㈱			
	所在地	東京都港区□□□□□□□□ TEL (△△△) △△△-△△△△			
示談状況	示談が成立	交渉中	令和 年 月 日	請求権を放棄した	
	令和 年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 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 〇〇〇〇)・していない・請求中			
	相手方に対する損害賠償の請求	年月日	治療費	円	
		<input checked="" type="radio"/> していない・した	休業補償	円	
			その他	円	
	損害賠償の種類	相手方直接賠償・保険会社からの賠償			
	賠償金の内訳	入院を含む治療費			円
		休業補償費	自令和 年 月 日 1日につき		円
			至令和 年 月 日 日分		円
		葬祭費			円
		慰藉料			円
見舞金				円	
障害補償費				円	
その他			円		
合計			円		
受領方法 および年月日	全額	令和 年 月 日受領			
	分割	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		
()回払					

相手方、損害保険会社から賠償を受けている場合、ご記入ください。

第三者(相手方)から損害賠償を受けたとき

治療状況をうけたとき	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた・うけていない	
	医療機関	名称	〇〇〇病院	
		所在地	愛知県□□□□□□□□ TEL (△△△) △△△-△△△△	
	支払方法	健康保険・相手方負担・自費・その他 ()		
	治療開始	令和 6年 4月 16日	入院	通院
	転帰	(令和 6年 4月 25日現在) 現在入院中・通院加療中・治癒・中止		
	入院治療期間	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・ない見込		
治療見込	令和 6年 4月 16日から約 2月ぐらい			

この欄は記入する必要はありません

健保組合使用欄のため、記入不要です

種別	金額	内訳	支給年月日	備考
療養の給付	円	自 年 月 日 日間 至 年 月 日		
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 年 月 日 日間 至 年 月 日		
	円			
	円			
	円			
	円			
合計	円			