

健康保険 第三者行為による傷病届

被害者・加害者関係	記号		氏名										
	番号		現住所	TEL									
	被害者が勤務している事業所	名称											
		所在地											
	被扶養者が受けた事故のとき	氏名		被保険者との続柄									
	加害者	氏名		生年月日	昭・平	年	月	日					
		現住所	TEL										
加害者の勤務先	名称		事業内容又は職業										
	住所	TEL											
事故内容	発生年月日	令和	年	月	日	午前・午後	時	分頃					
	発生の場所												
	種別	自動車事故・バイク事故・殴打・自転車事故・刺傷・その他()											
	事故結果	即死・入院直後の死亡(年 月 日死亡・入院中の死亡(年 月 日)・治療中・治癒											
	警察官の立会	あった ・ ない ・ ないが届出済											
	所轄署	警察署			派出所								
	過失の度合	自分が何分			相手方が何分								
0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10										
診療を受けた	病院・診療所の名称												
	病院・診療所の所在地		TEL										
	傷病名				平成	年	月	日	診療開始 そのまま 入院・通院				
	治療期間	平・令	年	月	日から	平・令	年	月	日				
	治療費の支払方法	① 最初から保険証で受診した ③ (全部・一部)を加害者が支払った ③ 令和 年 月 日より保険診療に切り替えた ④ 自費で支払っている											
加入する保険会社	自動車損害賠償責任保険	・加入している ・加入していない	契約期間	自	平・令	年	月	日	至	平・令	年	月	日
		保険証明書番号			保険契約会社名								
		保険契約者氏名			自動車種別								
		保険契約者住所	TEL										
		車体番号			登録番号								
	任意保険	・加入している ・加入していない	契約期間	自	平・令	年	月	日	至	平・令	年	月	日
		証券番号			保険契約会社名								
		保険契約者氏名											
保険契約者住所		TEL											

事故発生 の 状 況	被害者の行為によって生じた事故について、加害者の行動及び被害者の行動を分かりやすくくわ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余の見取図を記載して下さい。そして、被害者と加害者の行為を赤点線をもって、それぞれ表示して下さい。

以上のとおりお届けします。

令和 年 月 日

被保険者又は届出代理人 住所
氏名