

健康保険 被保険者 第三者行為による傷病届  
 家 族  
 (健康保険法施行規則第65条)



※上記のいずれかを —— で消してください。 令和 年 月 日提出

|  |               |                        |       |                |                          |                        |                  |          |          |
|--|---------------|------------------------|-------|----------------|--------------------------|------------------------|------------------|----------|----------|
| 被<br>保<br>険<br>者   | 被保険者証         | 記号                     | 番号    | 事業所            |                          |                        |                  |          |          |
|  | 氏名            | (フリガナ)                 |       | Ⓢ              | 所属                       | 外線( )<br>内線            | 職番               |          |          |
|  | 現住所           | 〒 _____ 電話 ( ) - _____ |       |                |                          |                        |                  |          |          |
| 当<br>方<br>(<br>負<br>傷<br>者<br>乙)                                   | 氏名            | (フリガナ)                 |       | 性別             | 生 年 月 日                  |                        |                  |          |          |
|  |               |                        |       | 男・女            | 昭和<br>平成<br>令和 年 月 日 (才) |                        |                  |          |          |
|  | 現住所           | 〒 _____ 電話 ( ) - _____ |       |                |                          |                        |                  | 被保険者との続柄 |          |
| 相<br>手<br>方<br>(<br>第<br>三<br>者<br>甲)                              | 氏名            | (フリガナ)                 | 性別    | 年齢             | 住所                       | 〒 _____ 電話 ( ) - _____ |                  |          |          |
|  | 勤務先           |                        |       | 職 業            | 所在地                      | 〒 _____ 電話 ( ) - _____ |                  |          |          |
| 事<br>故<br>の<br>状<br>況  | 発生日時          | 年 月 日 (曜日)             |       | 警察への事故届出       |                          | 事故管轄警察名                |                  |          |          |
|  |               | 午前・午後 時 分              |       | 出した・出していない     |                          |                        |                  |          |          |
|  | 発生場所          |                        |       |                |                          | 交 通 手 段                |                  |          |          |
|  |               |                        |       |                |                          | 相手方(甲)                 |                  |          |          |
|  |               |                        |       |                | 当 方(乙)                   |                        |                  |          |          |
|  | 交通違反等著しい過失の有無 |                        |       | 被保険者証の使用状況     |                          |                        | 治癒の見込み           |          |          |
|  | 有             | 有の場合その内容(過失の割合 %)      |       | 使用している⇒        |                          |                        | [事故当初途中( 月 日から)] |          | 全治約 か月 日 |
|  | 無             |                        |       | 使用していない        |                          |                        |                  |          |          |
| 相<br>手<br>方<br>の<br>保<br>険<br>の<br>強<br>制<br>付<br>保<br>険<br>状<br>況 | 加入状況          | している(対人・対物)・していない      |       |                | 保険証書番号                   |                        | 健康保険診療した理由       |          |          |
|  | 保険期間          | 自                      | 年 月 日 |                |                          |                        |                  |          |          |
|  |               | 至                      | 年 月 日 |                |                          |                        |                  |          |          |
|  | 保険会社名         |                        |       |                |                          | 担当者                    |                  |          |          |
|  | 所在地           | 〒 _____ 電話 ( ) - _____ |       |                |                          |                        |                  | 備 考      |          |
|  | 保険会社名         |                        |       |                | 保険期間                     | 自                      | 年 月 日            |          |          |
|  |               | 至                      | 年 月 日 |                |                          |                        |                  |          |          |
|  | 取扱店所在地        | 〒 _____ 電話 ( ) - _____ |       |                |                          |                        |                  |          |          |
|  | 自賠償証明書番号      | 自動車の種別                 |       | 府 県 名          |                          | 登 録 番 号                |                  | 車 体 番 号  |          |
|  |               |                        |       |                |                          |                        |                  |          |          |
| 契約者名   |               |                        |       | 住              | 〒 _____                  |                        |                  |          |          |
| 保有者との関係  | 加 害 者 との関係    |                        | 所     | 電話 ( ) - _____ |                          |                        |                  |          |          |
| 自動車の保有者名   |               |                        |       | 住              | 〒 _____                  |                        |                  |          |          |
| 加 害 者 との関係   |               |                        | 所     | 電話 ( ) - _____ |                          |                        |                  |          |          |

|   |          |                             |                             |                             |                             |
|---|----------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 受   | 医療機関     | 名称                          |                             |                             |                             |
|   | 所在地      | 〒                           |                             | 〒                           |                             |
| 診   | 傷病名      |                             |                             |                             |                             |
|   | 診療期間     | 自 年 月 日<br>至 年 月 日<br>( 日間) | 自 年 月 日<br>至 年 月 日<br>( 日間) | 自 年 月 日<br>至 年 月 日<br>( 日間) | 自 年 月 日<br>至 年 月 日<br>( 日間) |
| 状   | 上記中の入院期間 | 自 年 月 日<br>至 年 月 日          | 自 年 月 日<br>至 年 月 日          | 自 年 月 日<br>至 年 月 日          | 自 年 月 日<br>至 年 月 日          |
|   | 転帰       | 加療中 ・ 治癒 ・ 中止               | 加療中 ・ 治癒 ・ 中止               | 加療中 ・ 治癒 ・ 中止               | 加療中 ・ 治癒 ・ 中止               |
| 況   | 費用の負担    | 健康保険 ・ 自費診療<br>その他 ( )      | 健康保険 ・ 自費診療<br>その他 ( )      | 健康保険 ・ 自費診療<br>その他 ( )      | 健康保険 ・ 自費診療<br>その他 ( )      |
|   | 備考       |                             |                             |                             |                             |
| <p>・医療機関を変えている時は、その医療機関ごとに記入してください。<br/> ・転帰および費用の負担の欄は、該当する文字を ○ で囲んでください。<br/> なお、費用の負担欄については医療機関で確認してください。</p> |          |                             |                             |                             |                             |

|           |                     |                       |                    |                    |       |
|-----------|---------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-------|
| 損害賠償請求の有無 | 有 ・ 無 (理由 )         |                       |                    |                    |       |
|           | この届出の提出日現在において損害賠償を | └ (内容を記入)             | 治療費(入院費を含む)        | 休業補償費(1日 円)        | そ の 他 |
| 受けた       |                     | 金額 円                  | 円                  | 円                  |       |
| 受けない      |                     | 期間 自 年 月 日<br>至 年 月 日 | 自 年 月 日<br>至 年 月 日 | 自 年 月 日<br>至 年 月 日 |       |
|           | 受領日                 | 年 月 日                 | 年 月 日              | 年 月 日              |       |
| い         | 示談状況                | 示談済・示談未済・交渉中・その他      |                    | 示談不成立の理由           |       |
|           | 示談成立年月日             | 年 月 日                 |                    |                    |       |

交通事故以外の被害行為の場合は、事故発生状況を下欄に具体的に記入してください。

(事故発生状況)

《添付する書類》

- ①交通事故証明書(写)②事故発生状況報告書③念書(被害者)、誓約書(加害者)  
④加害者の付保する自賠責保険の証書(写)・任意保険の証書(写)⑤示談解決した時は示談書(写)