

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。

平成 28年 4月 15日提出

被 保 険 者	被保険者証	記号 999	番号 999999	事業所 A B C D株式会社
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	所 属 ① 押印 内線 8-00-0000	職番 00000
	現住所	〒559-XXXX 大阪市住之江区0001-2-3 電話 (06) ●●●● - XXXX		
当 方 (負傷者) (乙)	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	性別 男・女	生年月日 昭和 51年 2月 29日 (40才) 平成
	現住所	〒559-XXXX 大阪市住之江区0001-2-3 電話 (06) ●●●● - XXXX		被保険者との続柄 本人
相 手 方 (第三者) (甲)	氏名	(フリガナ)	性別	年齢
	勤務先	相手方(加害者)の連絡先を記入してください。 ※相手方(加害者)がわからない場合は「相手方不明」と記入してください。		
事 故 の 状 況	発生日時	平成 年 月 日 (曜日) 警察への事故届出 事故管轄警察名		
	発生場所	事故の発生状況をわかる範囲で具体的に記入してください。 事故証明書の写しを添付してください。 ※事故証明書がない場合は、発行できない理由を余白やメモ等に記入してください。		
	交通	有 有の場合その内容 (過失の割合 %)		
	有無	使用している⇒	事故当初 途中(月 日から)	全治約 か月 日
相 手 方 の 保 険 の 状 況	任意加入状況	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
	任意加入期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日		
	任意加入会社名		担当者	
	任意加入所在地	〒		備考
	強制加入会社名	相手方(加害者)の強制保険(自賠償保険)と任意加入保険の 加入状況を記入してください。		
	強制加入取扱店所在地	あわせて、保険証書の写しを添付してください。		
	強制加入自賠償証書番号	自動車の種別	府県名	登録番号
保 険 の 付 保 険 状 況	契約者名		住 所	〒
	保有者との関係	加害者との関係		電話 () -
	自動車の保有者名		住 所	〒
	加害者との関係			電話 () -

記入見本

受	名称	受診した医療機関すべて記入してください。					
	所在地	〒					
診	傷病名						
	診療期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日予定 (日間)	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日予定 (日間)	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日予定 (日間)			
	上記中の入院期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日			
状	転帰	加療中 ・ 治癒 ・ 中止		加療中 ・ 治癒 ・ 中止		加療中 ・ 治癒 ・ 中止	
	費用の負担	健康保険 ・ 自費診療 その他 ()		健康保険 ・ 自費診療 その他 ()		健康保険 ・ 自費診療 その他 ()	
	備考						
況	・ 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。 ・ 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。 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。						

損 害 賠 償 に つ い て	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受け	(内容を記入) 受けた 金額	治療費(入院費を含む)		休業補償費(1日 円)	そ の 他	
		受けない 期 間	自 年 月 日	自 年 月 日	自 年 月 日	自 年 月 日	自 年 月 日
		受領日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
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	平成 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)

喧嘩や食中毒、飼い犬に噛まれたなど、交通事故以外で発生した場合はこちらに詳細を記入してください。

《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)