

# 第三者の行為による傷病届 (その1)

(健康保険法施行規則第65条)

本人・家族の区分 (  本人  家族 )

組合への連絡:  済 (令和 年 月 日)  未

受付年月日	令和 年 月 日
理事長	常務理事
事務長	担当者
組記入 合欄	

## ○ 被害者・加害者の関係

届出者 について (被保険者)	被保険者証 記号・番号	(記号) — (番号)
	氏 名	— (印)
	現 住 所	〒 — — 電話 — —
被害者または負傷者 について  〔被害者または負傷者が 被保険者の場合は、 所属事業所名等を記入。〕	氏 名	被保険者との続柄
	事業所名称	
	同上所在地	〒 — — 電話 — —
加害者または相手方 について  〔加害者または相手方が 判明している場合は 記入。〕	氏 名	生年月日 M・T 年 月 日 S・H
	現 住 所	〒 — — 電話 — —
	勤務先名称	職業・事業
	同上所在地	〒 — — 電話 — —
加害者または相手方が不明の場合	その理由	

## ○ 事故の内容 (該当する□には✓をつけて下さい。)

傷 病 名	
事故発生の日時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃
事故発生の場所	
種 別	<input type="checkbox"/> 自動車事故 <input type="checkbox"/> バイク事故 <input type="checkbox"/> 自転車事故 <input type="checkbox"/> 殴打事故 <input type="checkbox"/> 殺傷事故 <input type="checkbox"/> その他の事故 ( )
事故による結果	<input type="checkbox"/> 即死 <input type="checkbox"/> 入院直後または入院中の死亡(死亡日 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 治療
警察官の立会・所轄署	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ないが届出済 <input type="checkbox"/> 不明 警察署 派出所
過失の度合 〔該当する数字に○ をつけて下さい。〕	自分方が ( 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 ) 相手方が ( 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 )

- ※ この届に添えて提出する書類
1. 交通事故証明書(自動車安全運転センター発行)
  2. 事故発生状況報告書(保険会社発行)  
または、事故状況報告書(被害者作成)
  3. 念書(被害者作成)
  4. 診断書(医療機関発行)
  5. 死亡の場合は死亡診断書および戸籍謄本
  6. 示談をしているときは示談書の写  
(自動車事故のときは1から4の書類は  
必ず提出、5と6の書類は該当時に提出)

上記のとおり、第三者の行為による傷病を届けます。

令和 年 月 日

日揮健康保険組合理事長 殿

被保険者 住所:

氏名: \_\_\_\_\_ (印)

## 第三者の行為による傷病届（その2）

[自動車事故のみ提出]

### ○ 加害者の自動車保険加入状況

		自賠責保険	任意保険
保険加入の有無 <small>（該当する□に✓をつけて下さい。）</small>		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
保険加入証明番号		第 号	第 号
保険契約期間		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
保険契約者	氏 名		
	住 所	〒 -	〒 -
	電 話	- -	- -
加害者との関係			
契約保険会社	会 社 名		
	支 店 名 営 業 所 名		
	所 在 地	〒 -	〒 -
	電 話	- -	- -
	担 当 者 名		
保 險 金 額			対人 万円

### ○ 加害者自動車の保有者

氏 名	
住 所	〒 -
電 話	- -
保有者と保険契約者との関係	

### 第三者の行為による傷病届（その3）

[自動車事故以外の損害賠償請求]  
 [自動車事故を含めた示談状況等]

○ 自動車事故以外の第三者による事故における損害賠償の請求  
 （該当する□に✓をつけて下さい。）

損害賠償請求権の有無 (加害者が判明時には記入)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	「なし」 の理由	
損害賠償の請求先		<input type="checkbox"/> 加害者本人または親権者 <input type="checkbox"/> その他の者（ ）		
損害賠償の 請求先がそ の他の者の 場合	氏 名			
	住 所			
	電 話			
	加害者との関係 および理由			
	請求先発行の 念書等の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	「なし」 の理由	

○ 示談状況

(1) 示談が成立	(2) 交渉中・未成立	(3) 請求権の放棄
令和 年 月 日付	令和 年 月 日現在	令和 年 月 日付
(2) または (3) の状況とその理由		

○ 損害賠償の請求および支払状況（該当する□に✓をつけて下さい。）

損害賠償の請求		<input type="checkbox"/> 請求した	<input type="checkbox"/> 請求していない	<input type="checkbox"/> 請求手続中
損害賠償を 請求した場合	請求年月日	令和 年 月 日		
	請求合計額 (内治療費)	合計額 金 _____ 円	(治療費) 金 _____ 円	
	請求方法	<input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
請求額の 受給状況	全額受領	令和 年 月 日付		
	一部受領	令和 年 月 日付	金 _____ 円	