

〔記入例〕

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 (令和〇〇年7月7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) 〇〇〇
	氏名	日揮 太郎
	現住所	〒233-0050 横浜市港南区日野 〇-〇-〇 電話 045-〇〇〇-〇〇〇〇
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	日揮 太郎 被保険者との続柄 本人
	事業所名称	〇〇〇〇株式会社
	同上所在地	〒233-0051 横浜市港南区最戸 〇-〇-〇 電話 045-〇〇〇-〇〇〇〇
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	保険 二郎 生年 M・T 41年 4月 1日 月日 Q・H
	現住所	〒239-×××× 横須賀市×××× 電話 046-××××-××××
	勤務先名称	△△△株式会社 職業・事業 会社員
	同上所在地	〒232-×××× 横浜市南区×××× 電話 045-〇〇〇-〇〇〇〇
加害者が不明の場合	その理由	(ひき逃げ等)

○ 事故の内容 (該当する□には✓をつけて下さい。)

傷病名	頸部挫傷・〇〇骨折等
事故発生の日時	令和〇〇年7月7日 午前・午後 10時00分頃
事故発生の場所	横浜市戸塚区平戸 〇丁目〇番〇号
種別	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 治療
警察官の立会・所轄署	<input checked="" type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ないが届出済 <input type="checkbox"/> 不明 〇〇 警察署 派出所
過失の度合	自分方が (〇・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10)
〔該当する数字に〇 をつけて下さい。〕	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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

日揮健康保険組合理事長 殿

被保険者 住所: 横浜市港南区日野〇-〇-〇

氏名: 日揮 太郎

〔記入例〕

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 (該当する□に✓をつけて下さい。)		<input checked="" 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 12-34567 号	第 号
保険契約期間		自 令和〇〇年 1 月 1 日 至 令和〇〇年 1 月 1 日	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
保険契約者	氏名	保険 二郎	
	住所	〒 239-xxxx 横須賀市xxx	〒
	電話	046 - xxx - xxxxx	
加害者の関係		本人	
契約保険会社	会社名	〇〇火災海上保険(株)	
	支店名 営業所名	〇〇損害サービス部 〇〇損害サービス課	
	所在地	〒 220-xxxx 横浜市西区xxxxxx	
	電話	045 - 224 - xxxxx	
	担当者名	鈴木 一郎	
保険金額		対人 万円

○ 加害者自動車の保有者

氏名	保険 二郎
住所	〒 239-xxxx 横須賀市xxx
電話	046 - xxx - xxxxx
保有者と保険契約者との関係	本人

【記入例】

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]

**暴力行為等による傷病については、
健保組合へ相談して下さい。**

- 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	

記入できるところはすべて記入して下さい。

- 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		
示談する場合は、必ず健保組合へ相談して下さい。		

- 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
	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

記入できるところはすべて記入して下さい。