

## 第三者の行為による傷病届

受付印

|        |  |    |  |
|--------|--|----|--|
| 届出者の氏名 |  | 電話 |  |
|--------|--|----|--|

|      |                  |  |         |      |     |   |   |   |    |
|------|------------------|--|---------|------|-----|---|---|---|----|
| 基本情報 | 記号               |  | 被保険者の氏名 |      |     |   |   |   |    |
|      | 番号               |  | 住所      | 〒    |     |   |   |   |    |
|      | 事故が被扶養者の時はその方の氏名 |  |         | 生年月日 | 昭平令 | 年 | 月 | 日 | 続柄 |

|      |                    |                                 |  |  |  |  |                   |
|------|--------------------|---------------------------------|--|--|--|--|-------------------|
| 事故内容 | 事故が発生した日           | 令和 年 月 日 午前 時 分頃<br>午後          |  |  |  |  |                   |
|      | 事故が起きた時            | 私用中(プライベート)・工作中・出張中・通勤(退勤)途中    |  |  |  |  | に事故にあった。          |
|      | 事故にあった時            | 自動車・バイク・自転車・歩行中・暴行・スポーツ中・その他( ) |  |  |  |  | でケガをした。           |
|      | 自動車・バイク・自転車でケガをした時 | 自ら運転 ・ 同乗(運転手との関係 )             |  |  |  |  | していた。             |
|      | 発生場所               |                                 |  |  |  |  | ※事故証明書添付の際は記載不要です |

|      |                     |   |    |     |
|------|---------------------|---|----|-----|
| 事故相手 | 相手の氏名               |   | 電話 | ( ) |
|      | 相手の住所               | 〒 |    |     |
|      | 相手の住所と氏名が不明な場合はその理由 |   |    |     |

|      |                                |       |   |   |      |                        |   |   |
|------|--------------------------------|-------|---|---|------|------------------------|---|---|
| 治療状況 | ①治療を受けた病院<br>(整骨院・接骨院を含む全ての治療) | 名称    |   |   | 受診区分 | 入院・外来<br>(両方の場合は二つとも○) |   |   |
|      |                                | 治療開始日 | 年 | 月 | 日    | 治療終了日(見込)              | 年 | 月 |
|      | ②治療を受けた病院<br>(整骨院・接骨院を含む全ての治療) | 名称    |   |   | 受診区分 | 入院・外来<br>(両方の場合は二つとも○) |   |   |
|      |                                | 治療開始日 | 年 | 月 | 日    | 治療終了日(見込)              | 年 | 月 |
|      | ③治療を受けた病院<br>(整骨院・接骨院を含む全ての治療) | 名称    |   |   | 受診区分 | 入院・外来<br>(両方の場合は二つとも○) |   |   |
|      |                                | 治療開始日 | 年 | 月 | 日    | 治療終了日(見込)              | 年 | 月 |

|      |                        |                              |  |                            |
|------|------------------------|------------------------------|--|----------------------------|
| 損害賠償 | 相手方に対する損害賠償の請求状況       | すでに請求済・現在のところ未請求・弁護士等に委託して不明 |  |                            |
|      | 相手方からの損害賠償金の受領状況       | 受領済 ・ 受領していない                |  | (注) 健保組合が支払っている医療費は受領できません |
|      | 相手方に損害賠償請求をしていない時はその理由 |                              |  | (例) 治療が終わってから請求予定のため       |

|          |                             |         |          |                            |       |  |
|----------|-----------------------------|---------|----------|----------------------------|-------|--|
| 示談       | 示談又は和解が成立していますか             |         | いる ・ いない | 成立している時は、<br>その年月日         | 年 月 日 |  |
|          | 成立していない場合、示談交渉を弁護士に委託していますか |         | いる ・ いない | ※委託している場合は下記へ連絡先等を記入してください |       |  |
|          | 弁護士<br>連絡先                  | 弁護士事務所名 |          |                            |       |  |
|          |                             | 担当の弁護士名 |          | 電話                         |       |  |
| 弁護士事務所住所 |                             | 〒       |          |                            |       |  |

|                              |            |       |   |       |  |                     |
|------------------------------|------------|-------|---|-------|--|---------------------|
| (自<br>相<br>手<br>方<br>保<br>険) | 保険会社名      |       |   |       |  |                     |
|                              | 保険契約者名     |       |   |       |  |                     |
|                              | 車両番号(ナンバー) |       |   |       |  |                     |
|                              | 保険期間       | 年 月 日 | ～ | 年 月 日 |  |                     |
|                              | 自賠償証明書番号   |       |   |       |  | ※事故証明書に記載されてい<br>ます |

|                                   |           |       |   |       |  |               |
|-----------------------------------|-----------|-------|---|-------|--|---------------|
| (任<br>意<br>保<br>険<br>相<br>手<br>方) | 保険会社名     |       |   |       |  |               |
|                                   | 担当部署      |       |   |       |  |               |
|                                   | 取扱店所在地    | 〒     |   |       |  |               |
|                                   | 担当者名      | 氏名    |   | 電話    |  |               |
|                                   | 保険契約者名    |       |   |       |  |               |
|                                   | 保険契約者住所   | 〒     |   |       |  |               |
|                                   | 保険期間      | 年 月 日 | ～ | 年 月 日 |  |               |
|                                   | 契約番号      | 第     |   | 号     |  |               |
|                                   | 任意対人一括の有無 | 有 ・ 無 |   |       |  | ※不明時は省略してください |

|   |                                |       |  |    |  |                      |
|---|--------------------------------|-------|--|----|--|----------------------|
| (被<br>害<br>者<br>加<br>入<br>の<br>保<br>険<br>相<br>手<br>方) | 被害者の方が加入されている<br>保険会社は関与していますか | 有 ・ 無 |  |    |  | ※有の際は下欄を記入してくだ<br>さい |
|   | 保険会社名                          |       |  |    |  |                      |
|   | 担当部署                           |       |  |    |  |                      |
|   | 担当者名                           | 氏名    |  | 電話 |  |                      |

