

健康保険 第三者行為による傷病届(交通事故以外)

被保険者(申請者)記入用 記入日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者証	記号		番号		フリガナ 氏名		
	住所	〒 _____ 【自宅・携帯Tel】 ()						
	勤務先	名称	_____					
		所在地	〒 _____ Tel ()					
	負傷者が被扶養者のときはその者の氏名	フリガナ 氏名	_____	生年月日	_____	年	月	日

相 手 方	相手方	フリガナ 氏名	_____	生年月日	_____	年	月	日
		住所	〒 _____ Tel ()					
	勤務先	名称	_____					
		所在地	〒 _____ Tel ()					
	相手方の住所・氏名が不明な場合	理由	_____					

負 傷 の 内 容	傷病名・症状	_____							
	事故発生日・場所	事故日	_____	年	月	午前 日午後	時	分頃	
		場所	_____						
	事故発生時の状況 <small>どのようにして負傷したのか、加害者と被害者の行動を記入してください。 図も可。</small>	_____							
	所轄警察署	警察に届出済み・警察に届出なし・不明	届出署	_____					警察署
	過失の度合	自分が約%の過失	0・10・20・30・40・50・60・70・80・90・100						
相手が約%の過失		0・10・20・30・40・50・60・70・80・90・100							

受付日付印

常務理事	事務長			担当

(令和2年3月作成)

示談状況	年 月 日付で示談が成立した	【示談が成立していない理由又は放棄した理由】
	年 月 日現在、交渉中	
	年 月 日現在、示談は成立していない	
	年 月 日付で請求権を放棄した	

治療の状況	この事故が原因で医師の治療を受けましたか		受けた ・ 受けない	
	医療機関名①			
	入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費 ・ 加害者負担 ・ 自賠責 ・ 健保	
	通院	年 月 日から 年 月 日まで	自費 ・ 加害者負担 ・ 自賠責 ・ 健保	
	自賠責保険のとき	保険会社名	証書番号	
	所在地・電話番号		ご担当者	
	この事故が原因で医師の治療を受けましたか		受けた ・ 受けない	
	医療機関名②			
	入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費 ・ 加害者負担 ・ 自賠責 ・ 健保	
	通院	年 月 日から 年 月 日まで	自費 ・ 加害者負担 ・ 自賠責 ・ 健保	
	自賠責保険のとき	保険会社名	証書番号	
	所在地・電話番号		ご担当者	

損害賠償	相手方に対する損害賠償の請求状況	請求済み ・ 未請求
	相手方からの損害賠償金等の受領状況	受領済み ・ 受領していない
	賠償金の内訳等	

【添付書類】

・念書

【注意事項】

・ご自身の過失の割合が高く、加害者であっても、相手を加害者、あなた（又はあなたの被扶養者）が被害者という立場で記入をしてください。

・示談の状況、治療の状況は、記入日時点の状況を記入してください。

・治療の状況は、医療機関ごとに記入してください。（病院、薬局、整骨院ごと）

・業務上・通勤途中の傷病のときは、労働者災害補償保険の扱いとなり、健康保険適用外です。