

健康保険 第三者の行為による傷病届

(その1)

本人・家族

被害者・加害者関係	被保険者証番号	記号	1111	氏名	三井健太 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">三井</span>
	被保険者証番号	番号	23456	現住所	〒199-0000 東京都健康区長寿町1丁目2-3
	被保険者が勤務している事務所	名称	MC食品株式会社		
	被保険者が勤務している事務所	所在地	〒105-0000 東京都港区南新橋1-1 電話番号 03-0000-0000		
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名		被保険者との続柄	
	加害者	氏名	田村一郎	生年月日	昭和35年6月18日
	加害者	現住所	〒229-0000 神奈川県相模原市田名0-0-0 電話番号 042-00-0000		
加害者の勤務先	名称又は氏名	(株)カスミ	事業内容又は職業	不動産業	
	所在地又は住所	〒194-0001 東京都町田市0-0-0 電話番号 0427-00-0000			
加害者の住所氏名が判らないとき	その理由				
事故内容	傷病名	1. 頭部打撲 2. 頸椎挫傷 他		発生日	令和〇年5月25日 午前・午後 3時00分頃
	発生の場所	神奈川県相模原市北里1丁目路線上			
	種別	自動車事故・バイク事故・殴打事故・その他( ) 自転車 事故・刺傷			
	事故結果	即死・入院直後の死亡 入院中の死亡 (死亡年月日) 治療			
	警察官の立合	あった・ない・ないが届出済・わからない			
	所轄署	相模原警察署 派出所			
	過失の割合	自分がなんぶ		相手方がなんぶ	
	0 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		

\*該当文字を○でかこみ、必要事項は記入してください。

加害者の行為によって生じた事故について加害者の行動および被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入してください。

神奈川県相模原市北里1丁目路線上において、自車が赤信号のため信号待ちをしていたところ、後続車(加害者)がわき見運転をしていたため、自車の発見が遅れ急ブレーキをかけたが間にあわず、自車の後部に追突

事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示してください。

\*自動車事故であつて「事故発生状況報告書」をこの届に添えて提出するときは、この頁に記入する必要はありません

この届に添えて提出する書類	自の自動車事故は	1 自動車事故証明書 2 事故発生状況報告書 3 診断書 4 死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書
		5 示談をしているときは示談書の写

受付日付印

加害者の自動車保険加入状況 (その2)

自賠責保険	
自賠責保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> ない
契約保険会社	名称 <b>〇〇火災海上保険(株)</b> 電話番号 <b>03-〇〇-〇〇〇〇</b>
	所在地 〒 <b>160-0000</b> <b>東京都新宿区西新宿〇-〇</b>
保険契約者	氏名 <b>田村 一郎</b>
	住所 <b>神奈川県相模原市田名〇-〇-〇</b>
保険加入証明記号番号	<b>S-〇〇〇〇〇〇〇〇</b>
保険契約期間	自 <b>令和〇</b> 年 <b>5</b> 月 <b>7</b> 日 至 <b>令和△</b> 年 <b>5</b> 月 <b>6</b> 日
任意保険	
任意保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> ない
契約保険会社	名称 <b>△△火災海上保険(株)</b> 電話番号 <b>03-〇〇-〇〇〇〇</b>
	所在地 〒 <b>160-0000</b> <b>東京都新宿区北新宿〇-〇</b>
保険加入証明記号番号	<b>B-〇〇〇〇〇〇〇〇</b>

保険給付損害賠償請求先保険会社

請求先保険会社	名称 <b>〇〇火災海上保険(株)</b>
	所在地 〒 <b>160-0000</b> <b>東京都新宿区西新宿〇-〇</b>
	担当者名 <b>東京損害調査部 村木 一夫</b> 電話番号 <b>03-〇〇-〇〇〇〇</b>

示談状況

示談が成立	成立年月日	令和 年 月 日
	主な内容	
示談が成立していない	令和 <b>〇</b> 年 <b>6</b> 月 <b>15</b> 日 現在	
	その理由	<b>治療中につき示談について話し合いをしていない</b>

被害者の治療状況

この事故で医師の治療を受けましたか		<input checked="" type="radio"/> うけた ・ <input type="radio"/> うけない				
治療を受けたとき	医療機関	名称 <b>相模原病院</b>	治療開始	入院 自 <b>令和〇</b> 年 <b>5</b> 月 <b>25</b> 日 至 <b>令和〇</b> 年 <b>5</b> 月 <b>31</b> 日	支払方法	<input checked="" type="radio"/> 健康保険 ・ <input type="radio"/> 自費 加害者 ・ <input type="radio"/> 自賠責
		所在地 <b>相模原市麻溝台1-1-1</b>	治療開始	入院 自 年 月 日 至 年 月 日	支払方法	健康保険 ・ <input type="radio"/> 自費 加害者 ・ <input type="radio"/> 自賠責
	名称	治療開始	入院 自 年 月 日 至 年 月 日	支払方法	健康保険 ・ <input type="radio"/> 自費 加害者 ・ <input type="radio"/> 自賠責	
	所在地	治療開始	入院 自 年 月 日 至 年 月 日	支払方法	健康保険 ・ <input type="radio"/> 自費 加害者 ・ <input type="radio"/> 自賠責	
	名称	治療開始	入院 自 年 月 日 至 年 月 日	支払方法	健康保険 ・ <input type="radio"/> 自費 加害者 ・ <input type="radio"/> 自賠責	
	所在地	治療開始	入院 自 年 月 日 至 年 月 日	支払方法	健康保険 ・ <input type="radio"/> 自費 加害者 ・ <input type="radio"/> 自賠責	
転帰		<b>令和〇</b> 年 <b>6</b> 月 <b>15</b> 日現在 現在入院中・ <input checked="" type="radio"/> 通院治療中・ <input type="radio"/> 治癒・ <input type="radio"/> 中止				
後遺症		ある ・ ある見込 ・ ない ・ <input checked="" type="radio"/> ない見込				
治療見込		<b>令和〇</b> 年 <b>5</b> 月 <b>25</b> 日から 約 日 ぐらい <b>2</b> ヶ月				