

健保決裁欄	常務理事	検	検	検	担当者

事業所	所属長	担当者

受付印

健康保険 第三者の行為による傷病届

被保険者	被保険者証記号	被保険者証番号	被保険者氏名	勤務先事業所名称			
	1234	56789	三洋 太郎	△△電機株式会社 電話 06 - 8888 - △△△△			
被害者	氏名	三洋 太郎	生年月日 昭 50 年 3 月 8 日 41 歳	性別	男	続柄	本人
	住所	〒123-△△△△ 大阪府守口市金下町△-△-△ 電話 06 - 1234 - △△△△		職業	会社員		
加害者	氏名	健保 花子	生年月日 昭 24 年 3 月 4 日 67 歳	性別	女	(保有者との関係) 本人	
	住所	〒570-△△△△ 大阪府守口市梅町△-△ 電話 06 - 6789 - △△△△		職業	無職		
	勤務先	所在地: 〒 _____ 名称: _____		電話	- -		
加害車両保有者名	健保 花子	(加害車両の車両番号) 大阪 12 あ 3456	(契約者との関係) 配偶者				
保有者の住所	〒570-△△△△ 大阪府守口市梅町△-△ 電話 06 - 6789 - △△△△		(加害者不明の場合、その理由)				
日時	令和 2 年 11 月 1 日 (月 曜日) 午前・午後 10 時 20 分頃 天候: 晴・曇・雨・雪・霧						
場所	大阪府守口市京阪本通△-△-△ 路上 (交差点付近)						
事故の発生状況	警察への届出	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (令和 2 年 11 月 1 日付届出) ・届出先 守口 警察署・派出所 電話 06 - 6994 - △△△△					
過失の割合	自分がなんぶ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			相手がなんぶ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
区分	工作中 通勤途上 私生活上 学校内 その他 ()						
種別	自動車事故 バイク事故 自転車事故 殴打 刺傷 その他 ()						
その他	・シートベルト … (着用・未着用) ・ヘルメット … (着用・身着用) ・携帯電話 … (使用・未使用)						
示談	<input type="checkbox"/> 成立 (令和 年 月 日成立) 、 <input checked="" type="checkbox"/> 未成立 、 <input type="checkbox"/> 請求権放棄 理由()						

上記のとおり届出をいたします。

令和 2 年 11 月 31 日

サンヨー連合健康保険組合理事長 殿

被保険者	住所	〒123-△△△△ 大阪府守口市金下町△-△-△
	氏名	三洋 太郎

裏面に続く

■受診の概要

医療機関	(名称) ××記念病院	(所在地) 〒570-△△△△ 大阪府守口市緑町117-△△△△ 電話 06-6789-△△△△		
主傷病名	・頸椎捻挫 ・頭部打撲	治療開始日 令和 2 年 11 月 1 日		
治療状況	令和 2 年 11 月 31 日現在 入院中・通院中・治癒・中止	後遺症 ある・ある見込み ない・ない見込み	治療見込	治療開始日より 約 2 ヶ月くらい
治療期間	入院 自 令和 2 年 11 月 1 日 ~ 令和 2 年 11 月 4 日 通院 自 令和 2 年 11 月 5 日 ~ 令和 年 月 日			
支払方法	健康保険 加害者負担 自費 その他 ()			
負傷の原因	■負傷を負ったときの状況について、何処で・何を・どうして・どうなったか等詳しくご記入ください。 コンビニで買い物をした帰り道で、 車を運転中に、大阪府守口市京本通△-△-△の交差点に進入したところ、 右から来た車にぶつけられた。 この事故で私は、頭をぶつけてしまいました。			

■加害者の自動車損害賠償保険契約等の内容その他

		強制自動車損害賠償責任保険	任意自動車損害賠償責任保険
保険会社名称		△△火災海上保険株式会社	△△海上火災保険株式会社
契約者	住所	〒570-△△△△ 大阪府守口市竹町△-△ 電話06-6789-△△△△	〒570-△△△△ 大阪府守口市竹町△-△ 電話06-6789-△△△△
	氏名	健保 一郎	健保 一郎
契約期間		令和 2 年 6 月 7 日 から令和 2 年 6 月 7 日	令和 2 年 4 月 3 日 から令和 2 年 4 月 3 日
保険証明記号・番号		第ABC-12345-678号	98765-4321号
車両車種		自家用 普通乗用自動車	自家用 普通乗用自動車
登録番号		大阪 12 あ 3456	大阪 12 あ 3456
車台番号		ZYX-0987654A	ZYX-0987654A
損害賠償金 支払請求店	所在地	〒541-△△△△ 大阪府大阪市中央区城見△-△-△	〒541-△△△△ 大阪府大阪市中央区安土町△-△-△
	名称	近畿損害調査部 自動車第三サービスセンター	大阪支店 第七営業部 自動車サービスセンター
	担当者	自賠償グループ 電話 06-1234-△△△△	損保 一男 電話 06-4321-△△△△
損害賠償請求	<input type="checkbox"/> した 請求者名: 請求先名称: 請求日 令和 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> していない		

注) 交通事故の場合、自動車安全運転センター発行の交通事故証明書を添付してください。