

第三者の行為による傷病届



1/3

被害者・加害者関係	①被保険者証の記号・番号	(記号) (番号) —	②所属事業所の名称	
	③負傷・疾病した者の氏名		④「③」の被保険者との続柄	
	⑤加害者の氏名、現住所	(氏名)	(現住所) 〒 — TEL — —	
	⑥加害者の勤務先名称、所在地	(名称)	(所在地) 〒 — TEL — —	
	⑦加害者の住所氏名が判らないとき	(その理由)		
事故内容	⑧傷病名		⑨発生年月日	平成 年 月 日
	⑩発生の場所			
	⑪種別	自動車事故 ・ バイク、自転車事故 ・ 殴打・殺傷 ・ その他()		
	⑫事故結果	即死 ・ 入院直後(中)の死亡(死亡 年 月 日) ・ 治療		
	⑬警察官の立会い	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない		
	⑭所轄署	警察署 (派出所)		
	⑮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	
	上記のとおりお届けいたします。 平成 年 月 日 〒 — TEL — — 被保険者の そごう・西武健康保険組合 殿 住 所 氏 名 (印)			

※この届に添えて提出する書類

自動車事故のときは	1 自動車事故証明書(自動車安全センター発行)
	2 事故発生状況報告書
	3 診断書
	4 死亡の場合は除籍謄本又は死亡診断書
	5 示談をしているときは示談書の写し

※処理事項	健 保 組 合 記 入 欄			
	費用の負担方法	☐ 自費 ☐ 健保組合 ☐ 労災 ☐ 自賠 ☐ 加害者負担		
	補償の範囲	☐ 療養の給付 ☐ 療養費 ☐ 傷病手当金 ☐ 埋葬料		
	届出後の処理	(求償先等)		

決裁印

受付印

常務理事

そごう・西武健康保険組合

加害者の自動車	保険加入状況	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			
		契約保険会社	名 称			名 称			
			所在地	〒 -		所在地	〒 -		
			TEL - -			TEL - -			
		保険契約期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		平成 年 月 日～平成 年 月 日				
		契約者氏名							
保険加入証明記号番号									
示談状況	1. 示談が成立		成立日:平成 年 月 日						
	2. 交渉中		平成 年 月 日現在交渉中						
	3. 示談が成立していない		成立していない理由						
	4. 請求権を放棄した		放棄日:平成 年 月 日 放棄した理由						
損害賠償の請求および支払状況	自動車事故のとき保険会社からの賠償金の受領は		した(請求者名)・しない・請求中						
	加害者に対する損害賠償の請求		していない			治療費 円			
			した			年 月 日 口頭・文書	休業補償 円 その他 円		
	第三者【加害者】から損害賠償をうけたとき	損害賠償の種類	加害者直接賠償・保険会社からの賠償						
		賠償金の内訳	治療費(入院費を含む)	円					
			休業補償費	自 平成 年 月 日	1日につき	円			
				至 平成 年 月 日	日分	円			
			葬 祭 費	円					
			慰 謝 料	円					
			見 舞 金	円					
			障害補償費	円					
			そ の 他	円					
		合 計	円						
受領方法および年月日	全 額	平成 年 月 日 受領							
	分 割	第1回	円	年	月 日受領				
		第2回	円	年	月 日受領				
		()回払	第3回	円	年 月 日受領				

治療状況をうけたとき	この事故で医師の治療をいけましたか		うけた ・ うけない			
	医療機関	名称及び担当医				
		所在地	〒 - TEL - -			
	支払方法	加害者負担 ・ 自費 ・ 健康保険 ・ その他()				
	治療開始	平成 年 月 日			入院	通院
	転 帰	(平成 年 月 日現在)				
		現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止				
	入院治療期間	入院: 自 平成 年 月 日 ~ 至 平成 年 月 日				
		通院: 自 平成 年 月 日 ~ 至 平成 年 月 日				
	後遺症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込				
治療見込	平成 年 月 日 から約 日 月 ぐらい					