

記入例

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) 7001 - 1234567	②所属事業所の名称	そごう 横浜店	
	③負傷・疾病した者の氏名	健保 太郎	④「③」の被保険者との続柄	本人	
	⑤加害者の氏名、現住所	(氏名) 横浜 二郎	(現住所) 〒 221 - 0835 横浜市神奈川区鶴屋町〇丁目〇番地〇号	TEL 045 - 461 - 1111	
	⑥加害者の勤務先名称、所在地	(名称) (株)〇〇〇〇	(所在地) 〒 220 - 0005 横浜市西区南幸〇丁目〇番地〇号	TEL 045 - 461 - 2222	
	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	右肩腱板損傷、両膝打撲捻挫	⑨発生年月日	令和元 年 7 月 2 日	
	⑩発生の場所	横浜市神奈川区鶴屋町〇丁目△△交差点			
	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	〇〇〇〇 警察署		△△△ (派出所)	
⑮過失の割合	自分がなんぶ		相手がなんぶ		
	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		
<p>上記のとおりお届けいたします。</p> <p>令和元 年 7 月 9 日</p> <p>〒 220 - 8510 TEL 045 - 461 - 3333</p> <p>被保険者の 横浜市西区高島〇丁目〇番地〇号</p> <p>そごう・西武健康保険組合 殿 住所氏名 健保 太郎 (印)</p>					

※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	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 加害者負担
	補償の範囲	<input type="checkbox"/> 療養の給付 <input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 埋葬料
	届出後の処理	(求償先等)

決裁印

受付印

常務理事

--	--	--	--

		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		
		加害者の自動車 保険加入状況	契約保険会社	名称	横浜海上保険(株) 損保センター	名称
	所在地		〒230 - 0052 横浜市鶴見区生麦〇丁目〇番地〇号 TEL 045 - 461 - 9999	所在地	〒230 - 0052 横浜市鶴見区生麦〇丁目〇番地〇号 TEL 045 - 461 - 7777	
保険契約期間	平成 31年 1月 9日～令和 2年 1月 8日		平成 31年 1月 9日～令和 2年 1月 8日			
契約者氏名	健保 太郎		健保 太郎			
保険加入証明記号番号	AA-1111111		BO-1111111			
示談状況	1. 示談が成立		成立日:令和 年 月 日			
	2. 交渉中		令和 元 年 7月 9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:令和 年 月 日 放棄した理由			
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	年 月 日 口頭・文書	治療費 休業補償 その他	円	
		した			円	
損害賠償の請求および支払状況	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	令和 年 月 日	1日につき	円
			至	令和 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	令和 年 月 日 受領			
分割 ()回払		第1回	円	年 月 日	受領	
		第2回	円	年 月 日	受領	
		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	横浜中央病院			
		所在地	〒231 - 0017 横浜市中区港町〇丁目〇番地〇号 TEL 045 - 461 5555			
	支払方法	加害者負担 ・ 自費 ・ 健康保険 ・ その他()				
	治療開始	令和 元 年 7 月 2 日	入院	通院		
	転 帰	(令和 年 月 日現在)				
		現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止				
	入・通院治療期間	入院:	自 令和 年 月 日	～ 至 令和 年 月 日		
		通院:	自 令和 元 年 7 月 2 日	～ 至 令和 元 年 5 月 日		
後遺症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込					
治療見込	令和 元 年 7 月 9 日から約 2 日 ぐらい					

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、訂正印を押印ください。

事故発生状況報告書

甲：被保険者氏名	健保 太郎		乙：第三者氏名	横浜 二郎	
甲車速度	甲車 15 km (制限速度 40 km)		乙者速度	乙車 80 km (制限速度 40 km)	
天候	<input checked="" type="checkbox"/> 晴・ <input type="checkbox"/> 曇・ <input type="checkbox"/> 小雨・ <input type="checkbox"/> 雨・ <input type="checkbox"/> 雪	交通状況	混雑・ <input checked="" type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 閑散	明暗	<input checked="" type="checkbox"/> 昼間・ <input type="checkbox"/> 夜間・ <input type="checkbox"/> 明け方・ <input type="checkbox"/> 夕方
飲酒	甲 (有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無) 乙 (有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無)		免許	甲 (<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 乙 (<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	

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、くわしく記入して下さい。

令和元年7月2日、朝10時30分頃、休日を利用し自家用車(甲車)で四季の森公園に向かう途中、鶴屋町〇丁目△△交差点において信号無視の乗用車(乙車)と衝突。

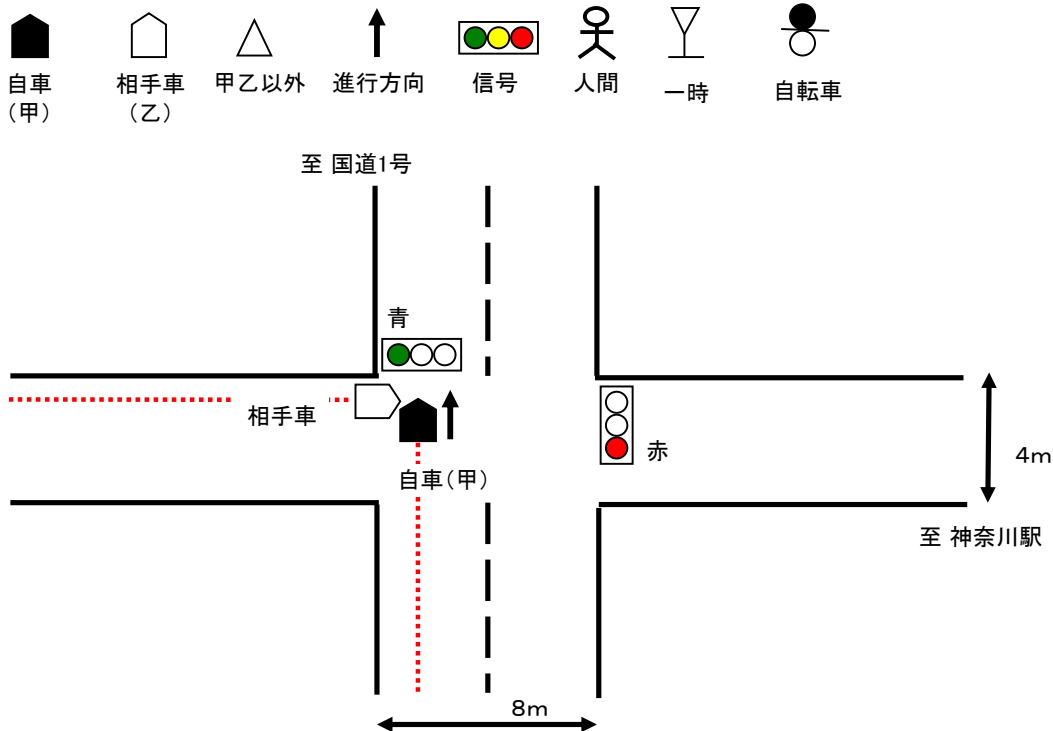
甲車は信号が青になったのを確認し発車したが、乙車が信号を無視し交差点に進入したため甲車前左部と乙車右部とが接触。その衝撃で右肩をハンドルに強打、両膝をサイドブレーキ横に強打する。警察による現場検証中、甲車も信号が赤から青に完全に変わって発車しているとは確定できない部分があることを甲、乙双方で確認。(甲車過失割合2割)

治療についてはそごう・西武健康保険組合の保険証を使用。

乙には乗用車(甲車)の損害賠償請求をしているが、治療行為にかかわる費用については請求をしていません。

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。

(道路方向の地名(至〇〇方面)、道路幅、信号、横断歩道、道路標識、接触点等詳しく表示して下さい。)



※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、訂正印を押印ください。