

※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) 7001 (番号) - 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	十合 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	平成 22 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 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 22 年 7 月 9 日 〒 220 - 8510 TEL 045 - 461 - 3333 被保険者の 横浜市西区高島〇丁目〇番地〇号 そごう・西武健康保険組合 殿 住所氏名 十合 太郎 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	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								
	名 称	横浜海上保険(株) 損保センター		名 称	大海上保険(株)						
	契約保険会社	〒230 - 0052 横浜市鶴見区生麦〇丁目〇番地〇号 TEL 045 - 461 - 999		所在地	〒230 - 0052 横浜市鶴見区生麦〇丁目〇番地〇号 TEL 045 - 461 - 777						
	所在地			所在地							
	保険契約期間	平成 22 年 1 月 9 日～平成 23 年 1 月 8 日		平成 22 年 1 月 9 日～平成 23 年 1 月 8 日							
	契約者氏名	十合 太郎		十合 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:平成 年 月 日								
	2. 交渉中		平成 22 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: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	<table border="1"> <tr> <td>治療費</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>休業補償</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>円</td> </tr> </table>		治療費	円	休業補償	円	その他	円
	治療費	円									
	休業補償	円									
	その他	円									
			した	年 月 日 口頭・文書							
	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	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	平成 22 年 7 月 2 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・通院治療期間	入院: 自 平成 年 月 日 ~ 至 平成 年 月 日			
		通院: 自 平成 22 年 7 月 2 日 ~ 至 平成 23 年 7 月 5 日			
	後遺症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込			
治療見込	平成 22 年 7 月 9 日 から約 2 日 ぐらい				