

健康保険 第三者行為による傷病届

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

| | | | | | |
|-----------|---------------------|---------------|--------------------------|--------------------------------|---|
| 負傷者(被保険者) | 被保険者 | 記号 13** | フリガナ ヨコハマ ケンタロウ | 氏名 横浜 健太郎 | 生年 昭平 50年 12月 10日 生 45才 |
| | 現住所 | 〒105-**** | 東京都**区**町1-2-3 | YRCマンション102号室 TEL 03(****)**** | |
| | 被保険者が勤務している事業所(連絡先) | 名称 | 横浜ゴム 平塚事務所 | 所在地 | 〒145-**** 神奈川県平塚市**1-2 TEL 0463(**)**** |
| | 負傷者が被扶養者であるとき | フリガナ ヨコハマ ケスウ | 氏名 横浜 康子 | 続柄 | 妻 |
| | | | 生年 昭平 54年 3月 21日 生 (42才) | | |

| | | | | |
|-----------|--------------------|-------------|---------------|------------------------|
| 事故相手(加害者) | 加害者 | フリガナ 材利 マサキ | 氏名 大森 正樹 | 生年 昭平 6年 5月 4日 生 (26才) |
| | 加害者の勤務先 | 名称 | 東京***株式会社 | 事業の内容又は職業 営業職 |
| | | 所在地 | 東京都中央区**1-2-3 | TEL 03(****)**** |
| | 加害者の住所氏名が不明の場合その理由 | | | |

| | | | | |
|-------|----------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------|
| 事故の内容 | 傷病名 | 左腕骨折 | 損害の程度 | 全治 2ヶ月 |
| | 事故発生日・場所 | 事故日時 | 令和 3年 4月 12日 (日) 午前 3:20頃 | 午後 |
| | | 場所 | 神奈川県平塚市**町12-3 | |
| | 事故発生時の状況 | 1.出勤途中 2.勤務時間中 3.帰宅途中 4.私用外出中 5.その他 | 被保険者又は被扶養者 自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外() | |
| | | 加害者(事故相手) | 自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外() | |

| | | | |
|------|----------------|--------------------|--------------------------|
| 示談状況 | 示談は成立していますか | 成立している 令和 年 月 日 成立 | 成立していない(交渉中) 令和 年 月 日 現在 |
| | 成立していない場合はその理由 | 治療期間が不明のため | |
| | 請求権を放棄した場合 | 令和 年 月 日 | 理由 |

*注1 物損事故で処理した場合は、別途「人身事故証明入手不能理由書」の提出を求められます。

| | | | | | | | | |
|--------------|-----------|------------|----------------|---|--|----------------------------------|----------------|------------|
| 加害者の賠償保険加入状況 | 自動車賠償 | 自賠償 | 保険会社名 ***損害保険㈱ | 所在地 〒145-**** 神奈川県平塚市**7-8 TEL 0463(****)**** | 契約期間 2020年 5月 1日 ~ 2023年 5月 31日 | 証明書番号 D-5009****-3 | 契約者 大森 正樹 | |
| | | 任意保険 | 任意保険 | 保険会社名 ○○損害保険㈱ | 所在地 〒104-**** 東京都中央区銀座1-2-3 TEL 03(3535)**** | 契約期間 2020年 5月 15日 ~ 2021年 5月 14日 | 証明書番号 EKBB1278 | 任意一括 (有)・無 |
| | | | | 任意一括 | 任意一括 | | | |
| | | | | 任意一括 | | | | |
| | 個人賠償責任保険等 | 個人賠償責任保険等 | 所在地 〒 - | 契約期間 年月日 ~ 年月日 | 証明書番号 | 契約者 | | |
| | | 被害者の人身傷害保険 | 加入の有無 | あり・なし | 保険会社名 | 担当者 | | |

| | | | | |
|----------|----------|--------------------------------|-------------------|------------------|
| 負傷者の治療状況 | 医療機関 | 名称 △△病院 | 所在地 神奈川県平塚市○○町7-8 | TEL 0463(**)**** |
| | 治療期間 | 令和 3年 4月 12日 から通院 (内入院期間) | 自 月 日 | 至 月 日 |
| | 後遺症 | ある・ある見込み・ない (ない見込み)・不明 | | |
| | 治療費の支払方法 | 健康保険・被害者負担・加害者負担(自賠償支払)・その他() | | |

| | | | |
|------|------------------------------------|------------------|-----------------------|
| 損害賠償 | 相手方に対する損害賠償の請求状況 | すでに請求済・現在のところ未請求 | |
| | 相手方からの損害賠償金等の受領状況 | 受領済・受領していない | |
| | *加害者や保険会社から賠償金を受領した場合のみ下欄にご記入ください。 | | |
| | 賠償金の内訳 | 治療費 | 円 慰謝料 円 |
| | | 休業補償費 | 月 日から 月 日までの 日間 円 = 円 |
| | | 葬祭費 | 円 その他 円 |
| 受領方法 | 見舞金 | 円 (合計額) 円 | |
| | 一括 | 令和 年 月 日 受領 | |

*注2 任意一括とは、自賠償保険を含めて任意保険会社が一括して対応している場合です。 確保受付印

【注意事項】 過失割合が高い場合や加害者であっても、あなたが(または被扶養者)が被害者の立場で記入してください。

- 《添付書類》
1. 交通事故証明書 原本
 2. 事故発生状況報告書
 3. 診断書 コピー可
 4. 捺印同意書