

第三者行為(含、交通事故)による傷病届

標記の件、下記の通り届出する

記入例

××年 ××月 ××日

(注意)

- イ. 事故発生日後3日以内に健保組合に口頭又は電話で連絡願います。
 - ロ. 本傷病届は、事故発生日後30日以内に健保組合に関係書類添付の上提出願います。
- 尚、上記イ、ロ. の手続きが無い場合には保険診療を受けられない事があります。

① 被保険者証の	記号	2***	②被保険者の氏名 (フリガナ)	ケンボ タウ 健保 太郎		③男・女
	番号	****		東京都××区×××町××-××-××		
④ 被保険者の勤務している事業所	名称	(株)日本××××		電話	03-****-****	
	所在地	〒 ***-**** 東京都〇〇区〇〇町〇〇-〇〇-〇〇		任意継続の方は記入不要		
⑤ 事故が被扶養者のとき	(フリガナ)氏名	健保 一郎		男 女	大・昭・平 3・3・3 生	続柄 長男
⑥ 交通(障害)事故によって生じた事故	種別	自動車・バイク・自転車・けんか・スポーツ・他()				
	形態	運転 同乗・歩行・その他()				
	内容	即死・療養後死亡(. .) 療養中 (全治 2ヶ月)				
	傷病名	〇〇打撲				
	発生日	令和 ××年 ××月 ××日 午前・午後 ××時 ××分				
	場所	千葉県××市×××町××-××-××				
	責任	相手方(加害者) ・ 当方・双方 (過失割合 当方 : 相手)				
⑦ 相手方(加害者)	氏名	加害 鉄雄		電話	04-****-****	
	同上 現住所	〒 ***-**** 千葉県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇-〇〇				
	勤務先事業所	株式会社 ○×△商事		電話	043-***-****	
	同上 代表者名	○×△ 浩一				
	同上 勤務先所在地	〒 ***-**** 千葉県△△市〇〇町〇〇-〇〇-〇〇				
	業務上外の区分	業務上 ・ 業務外				
	未成年者の時は親戚者の住所・氏名	(住所)〒 (氏名)				
	氏名・住所等不明の時は、その理由					

*イ、添付書類 (1)交通事故証明書 (2)示談成立の時示談書(写)

ロ、単独事故の場合 ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩欄のみ記入

⑧	速度	加害者（相手方） 不明 km/h （制限速度 60 km/h）	被害者（自車） 0 km/h （制限速度 60 km/h）
	事故発生状況略図（道路幅をmで記入する）		
被害者現場におおけ況るを加害者とする	<p>（注意）見取図は、事故発生現場の見取図を記載し、当方と相手方の行動を赤線で表示する</p>		
⑨	事故発生状況	<p>私は、〇×ホームセンターで買い物をするため、国道*号線を〇〇から××方面へ運転していました。</p> <p>国道**号線の△△交差点を直進するところでしたが赤信号のため停車していたところ</p> <p>後続車に追突されました。</p>	
	原因	<p>（事故発生原因）</p> <p>後続車の運転手が、運転中にスマートフォンを操作していたことによる前方不注意です。</p>	
	及び		
	原因		
	及び		
	原因		
	及び		
	原因		
	及び		
	原因		
（注意）	<p>事故発生状況は当方が何用のため、どのようにしていた時、相手方がどのようにして事故を生じたか、当方の行動、相手方の行動を具体的に詳しく順序を追って記載し、事故発生現場に居合わせないものが読んでも分かるように記載すること。</p>		

⑩ 事故発生の際警察官等が立ち会って調査しましたか。		<input checked="" type="radio"/> 調査した		・ 調査しない	
調査したときは	氏名	巡査 五郎			
その者の	所属	千葉県警	〇〇	警察署	交通 係(派出所)
⑪ その傷病について医師、歯科医師、柔道整復師等の治療を受けましたか。		<input checked="" type="radio"/> 受けた		・ 受けない	
治療を受けたとき	医療機関の名称	〇×市民病院			
	所在地	千葉県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇-〇〇			
	治療期間	自 令和××年××月××日 至 令和××年××月××日			
	治療代の支払方法・支払内容	<input checked="" type="radio"/> 健康保険 ・ 相手方負担 ・ 当方負担 (金額、 %負担) その他 ()			
	今後の治療見込期間	自 令和××年××月××日 至 令和××年××月××日			
相手方に対する損害賠償の請求について	請求しましたか	<input checked="" type="radio"/> した ・ しない ・ 予定 (年 月頃)			
	請求年月日・方法	令和××年 ××月 ××日 <input checked="" type="radio"/> 口頭 ・ 文章			
	請求しない時はその理由				
相手方に対する損害賠償の放棄について	損害賠償請求権を放棄しましたか	した ・ <input checked="" type="radio"/> しない			
	損害賠償請求権を放棄したときは、その理由及びどのような方法で相手に表示したか。				
⑭ 相手方との間の示談について	示談が成立していますか。	いる ・ <input checked="" type="radio"/> いない			
	成立している時は、その年月日 (示談書 (写) 添付のこと)	年 月 日			
⑮ 相手方から損害賠償を受けた時は (見舞品を受けた時は名称・価格)	損害賠償の種別	金額	受領年月日	備考	
		円	・ ・		
		円	・ ・		
		円	・ ・		
		円	・ ・		
		円	・ ・		

注意 ⑭で示談をする際は前もって健保組合に連絡のこと。

⑯ 相手方の加入している自動車損害賠償保険契約等の内容について									
保険の種類		自 賠 責 保 険			任 意 保 険				
契約内容									
自動車保険証明番号		第	JIB123456789		号	第	NIN987654321		号
保険会社名 又は共済連名		△△自動車保険			〇〇自動車保険				
保険契約者	住所	千葉県〇〇市〇〇町 〇〇-〇〇-〇〇			千葉県〇〇市〇〇町 〇〇-〇〇-〇〇				
	氏名	加害 鉄雄			加害 鉄雄				
自動車の	種別	自乗	府県別	千葉県	自乗	府県別	千葉県		
	登録(車両) 番号	市川 345 ほ . . 9 9			市川 345 ほ . . 9 9				
	車台 番号	ZZ99-12345679			ZZ99-12345679				
保険契約期間		自 令和××年××月××日 間			自 令和××年××月××日 間				
車両の 所有者	住所	千葉県〇〇市〇〇町 〇〇-〇〇-〇〇 連絡先電話 04 (****) ****			千葉県〇〇市〇〇町 〇〇-〇〇-〇〇 連絡先電話 04 (****) ****				
	氏名	加害 鉄雄			加害 鉄雄				
損害賠償金 支払請求店	住所	〒 ***-**** 東京都□□区□□町1-1-1			〒 ***-**** 東京都△△区□□町9-9-9				
	名称 及び 担当課	△△自動車保険 損害対応課			〇〇自動車保険 損害サービス課				
	(フリガナ)	ソノボ カズオ			ホケン カズヤ				
	担当者名	損保 一男			保険 一也				
	電話	03 (1234) 5678			03 (5555) 9999				