

健康保険

第三者行為による傷病届(交通事故以外)

(その1)

大阪読売健康保険組合理事長殿

健康保険法第57条及び健康保険法施行規則第65条の規定に基づき、以下の通り、申告します。

令和 年 月 日

被害者 (*注1)	被保険者	記号 フリガナ					
		番号	氏名	昭・平 年 月 日生(才)			
	住所	〒 -					
	被保険者が勤務している事業所			連絡先	自宅 ()		
					勤務先 ()		
				携帯 ()			
事故相手	被害者が被扶養者であるとき	フリガナ			続柄		
		氏名	昭・平・令 年 月 日生(才)				
	加害者	フリガナ					
		氏名	昭・平 年 月 日生(才)				
	住所	〒 - TEL ()					
事故の内容に 記載しては ください	加害者の勤務先	名称			事業の内容又は職業		
		所在地	TEL ()				
	加害者の住所氏名が不明の場合その理由						
事故書の 内容(詳細は 事故状況 報告)	傷病名				損害の程度	全治 ヶ月	
	事故発生日・場所	事故日時	平・令 年 月 日 ()			午前 : 頃	
		場所					
	事故発生時の状況						
	所轄警察署	警察に届出済・届出なし・不明		届出署	警察署		
過失の割合 (わかる範囲で)	自分(被害者)の過失	0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%)					
	相手(加害者)の過失	0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%)					
治療状況	医療機関名	区分	傷病名	初診日	終了日	健保使用	
		入院・通院		/ /	/ /	有・無	
		入院・通院		/ /	/ /	有・無	
		入院・通院		/ /	/ /	有・無	
		入院・通院		/ /	/ /	有・無	
	後遺症	ある・ある見込み・ない・ない見込み・不明					
診断書の取得状況	あり・なし (「あり」の場合はコピーを添付して下さい)						

*注1 自身の過失割合が大きいと考えられる場合も被害者として申請して下さい。

(その2)

示談状況	示談は成立していますか	成立している	平・令	年	月	日	成立
		成立していない・交渉中	平・令	年	月	日	現在
	成立していない場合はその理由						
	請求権を放棄した場合	平・令	年	月	日	理由	

加害者加入の状況賠償責任保険	個人賠償責任保険等	保険会社名				担当者					
		所在地	〒 - TEL ()								
		契約期間	年	月	日	～	年	月	日	フリガナ	
		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	TEL ()			

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
			日間	×日額	=	円	
		葬祭費	円		その他	円	
見舞金	円		(合計額)	円			
受領方法	一括	平・令 年 月 日 受領					
	分割 ()回払い	1回目	円	平・令	年	月	日受領
		2回目	円	平・令	年	月	日受領
3回目		円	平・令	年	月	日受領	

*注3 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。

社会保険労務士記入欄

事業主記入欄	
所在地 名称 氏名 電話	〒 - TEL ()

受付印