

# 第三者の行為による傷病届

住所  
被保険者  
氏名

被保険者等	記号	事業所	所在地						
	記号・番号		番号	名称	TEL				
保険給付を受けた者		住所	TEL						
(被害者)		氏名 年齢	才	負傷者が被扶養者であるときは被保険者との続柄					
事故の相手方に関する事項	保険会社名(自賠責)								
	自賠責保険証明書番号								
	保険期間(自賠責)		自 平成・令和	年	月	日			
	保険契約者		住所						
	(自賠責)		氏名						
	自動車	車種				県別			
		登録番号又は 車両番号	車体番号						
	保険会社名(任意保険)		担当者名						
	保険会社所在地		TEL						
	任意保険証書番号								
	保険期間(任意保険)		自 平成・令和	年	月	日			
	至 平成・令和		年	月	日				
	保険契約者		住所						
	(任意保険)		氏名						
相手方(運転者)		住所	TEL						
		氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日		
		勤務先住所							
		勤務先名称	TEL						
事故の状況	負傷年月日		令和	年	月	日(曜日)	午前・午後	時	分頃
	発生場所								
	事故種別		交通事故・その他( )						
	事故の具体的状況								
	警察署への届出		有 ・ 無						
	何の用務中か		被害者	業務上・通勤災害・その他		加害者	業務上・通勤災害・その他		

受診の状況	傷病名							
	医療機関	名称						
		住所						
	受診方法		健康保険・自費・加害者負担・その他( )					
	治療費窓口負担金		被害者負担・加害者負担・その他( )					
	治療開始日		令和 年 月 日 入院・通院					
転帰		治癒 年 月 日	中止 年 月 日	入院中	通院中			
損害賠償の内容と支払状況	示談内容	成立している	成立年月日 令和 年 月 日					
		交渉中	(交渉経過)					
		成立していない	(未成立の理由)					
	損害賠償金の内容	種別	金額	受領方法		金額	受領年月日	
		医療費	円	全額		円	. .	
		休業補償費	円	分割 ( )回 支払	第1回	円	. .	
		葬祭費	円		第2回	円	. .	
		慰謝料	円		第3回	円	. .	
		見舞金	円		第4回	円	. .	
		障害補償費	円		第5回	円	. .	
		円	第6回		円	. .		
		円	第7回		円	. .		
計	円			円	. .			

この届出に添えて 提出する書類	1.交通事故証明書(原本)	} 自動車事故の場合は必ず添付して下さい。
	2.事故発生状況報告書	
3.念書		
4.示談が成立しているときは、示談書の写し		
5.被害者が損害賠償請求権を放棄または免除しているときは、その文書		

※ この届出書は、被保険者(被扶養者)が第三者の行為によってケガ等をし、健康保険で診療を受けたときに届出するものです。(健康保険法施行規則第65条によって被保険者は届出の義務があります。)

※ 単独事故等の自損事故については、「自損行為による傷病届」で届け出てください。