

## 健康保険 第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その1)

被害者・加害者関係	被保険者証	記号 22	氏名 石橋 隆男			
		番号 1000	現住所 練馬区〇〇町6-11-4	Tel 03-3333-〇〇××		
	被害者が勤務している事業所	名称	(株)〇×商事			
		所在地	港区五本木3-3-3		Tel 03-5555-××〇〇	
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名	石橋 麗子	被保険者との続柄	長女	
	加害者	氏名	元木 ×尾		生年月日	明大昭 ××年 5月 5日
		現住所	和光市〇〇町4-5-1			
	加害者の勤務先または保護者	名称または氏名	(株) 〇×ビル管理	事業内容または職業	ビルの管理	
所在地または住所		豊島区〇×1-1-1		Tel 03-9999-△△××		
加害者の住所氏名が判らないとき	その理由					
事故内容	傷病名	顔面擦過傷・右腕骨折		発生年月日	平成 ××年 2月 11日	
				午前	午後 5時 20分頃	
	発生の場所	練馬区〇×町2-2-1 R17号路上				
	種別	自動車事故 <input checked="" type="checkbox"/> バイク・自転車事故 <input type="checkbox"/> 殴打・刺傷 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/>				
	事故結果	即死 <input type="checkbox"/> 収容後死亡 <input type="checkbox"/> 療養中死亡 (死亡 月 日)		<input checked="" type="checkbox"/> 傷病療養		
	警察官の立会い	<input checked="" type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ないが届出済 <input type="checkbox"/> わからない		
	所轄署	練馬 警察署		〇×派出所		
事故発生の責任	当方 <input type="checkbox"/> 相手方 <input checked="" type="checkbox"/> 双方 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/>					

※該当文字を○でかこみ、必要事項を記入して下さい

この届出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 2 事故発生状況報告書 3 診断書 4 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書
		5 示談をしているときは示談書の写

受付印

# 記入例

事故発生状況	加害者の行為によって生じた事故について、加害者の行動および被害者の行動を、わかりやすく、くわしく記入して下さい
事故現場の見取り図	事故が発生した場所の見取り図を記載してください。 被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示して下さい

※自動車事故であって「事故発生状況報告書」を、この届にそえて提出するときは、この頁に記入する必要はありません。

# 記入例

(その2)

治療 状況を 受け た と き	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた ・ うけない		
	治療 を 受 け た と き	医療機関	名称	五本木第2病院	
			所在地	港区××町4-7-8	
	治療 を 受 け た と き	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他( )		
	治療 を 受 け た と き	治療期間	入院：自平成 ××年 2月 11日～至平成 ××年 2月 28日		
			通院：自平成 年 月 日～至平成 年 月 日		
	治療 を 受 け た と き	医療機関	名称	練馬区第2病院	
			所在地	練馬区〇〇町4-7-8	
	治療 を 受 け た と き	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他( )		
	治療 を 受 け た と き	治療期間	入院：自平成 年 月 日～至平成 年 月 日		
			通院：自平成 ××年 3月 1日～至平成 年 月 日		
	治療 を 受 け た と き	医療機関	名称		
所在地					
治療 を 受 け た と き	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他( )			
治療 を 受 け た と き	治療期間	入院：自平成 年 月 日～至平成 年 月 日			
		通院：自平成 年 月 日～至平成 年 月 日			

加害者の 自動車 保険 加入 状況	自 賠 責 保 険	保険加入証明 記号番号	T11-1112-4567		
		契約者住所・氏名	元木 ×尾		
		保険契約期間	自平成 ××年 1月 1日～至平成 ×〇年 12月 30日		
	保 険 会 社	名称	T海上火災保険(株) 和光支店		
		所在地	和光市〇〇町1-1-1		
		担当者名	山元 タロウ	Tel 03-1111-×△〇□	
	任 意 保 険	保険加入証明 記号番号	23456-7777		
		契約者住所・氏名	元木 ×尾		
		保険契約期間	自平成 ××年 1月 1日～至平成 ×〇年 12月 30日		
		保 険 会 社	名称	M海上火災保険(株)	
	所在地		和光市〇〇町2-2-2		
	担当者名		坂本 ゴロウ	Tel 03-7777-□×〇×	

※示談を行う時は健保組合への連絡が必要ですが、万一示談が済んでいる時は下記に記入して下さい。

示談が成立した日	平成 年 月 日
加害者から金品を	受け取った ・ 受け取っていない

# 記入例

## 事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して、下記のとおり報告いたします。

甲氏名 (甲車の運転者)	元木 ×尾		乙氏名 (被害者)	石橋 麗子		運転・同乗	<input checked="" type="checkbox"/> 甲車 <input type="checkbox"/> 甲車以外の車 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行・その他
速度	甲車	50km/h(制限速度)	50 km/h)	甲車以外の車	km/h(制限速度)	km/h)	km/h)
道路状況	見通し	<input checked="" type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い	道路幅	甲車側( 6m)、甲車以外の車側( m)			
信号または標識	信号	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	一時停止標識	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他の標識		
事故発生状況を图示してください	事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい)						
上記図の説明を	横断歩道を(乙)が横断中、 信号無視で交差点を通過してきた(甲)運転の自動車に追突された。						

××年 2月 20日

報告者 甲との関係 ( )  
 乙との関係 ( 父 )

氏名 石橋 隆男 (印)

↑  
必ず捺印して下さい