

記入例

健康保険

第三者行為による傷病届

保険証を確認下さい

被害者	被保険者	記号 1000 番号 20998	フリガナ ケンボ タロウ 氏名 健保 太郎 (印)	昭平 2 年 10 月 10 日生 (30 才)	
	現住所	〒 243 - 0433 神奈川県海老名市河原口1519 TEL 046 (233) 3510			
	被保険者が勤務している事業所 (連絡先)	名称	座間総合病院		
		所在地	〒 252 - 0011 座間市相武台1-50-1 TEL 046 (251) 1311		
	被扶養者が被害者であるとき	フリガナ 氏名		続柄	

事故相手	加害者	フリガナ クミアイ イチロウ 氏名 組合 一郎	昭平 5 年 5 月 5 日生 (27 才)	
		現住所	〒 243 - 0492 海老名市勝瀬175-1 TEL 〇〇×(●●〇●)××××	
	加害者の勤務先	名称	●△工業(株)	事業の内容又は職業
		所在地	東京都中央区〇〇1-1 TEL 03(〇〇〇〇)△△△△	会社員
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	右足骨折	損害の程度	全治 4 ヶ月	
	事故発生日・場所	事故日時	令和 2 年 8 月 1 日 (月) 午前 6:20 頃		
		場所	座間市緑が丘1-1-1		
	事故発生時の状況	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 ()		
	所轄警察署	警察に届出済・届出なし・不明 *注1	届出署	座間 警察署	
過失の度合 (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 (%)			

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 2 年 8 月 30 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	令和 年 月 日	理由	

*注1 物損事故で処理した場合、別途「人身事故証明入手不能理由書」の提出を求める場合があります。

加害者の賠償保険加入状況	自動車保険	自賠責保険	保険会社名	〇〇保険 株式会社		
			所在地	〒160-0000 東京都新宿区〇-1-1 TEL 03(0000)0000		
			契約期間	令和1年2月1日 ~ 令和2年1月31日	フリガナ	クミアイ 伊吹
		証明書番号	ABCD12345-XYZ	契約者	組合 一郎	
		任意保険	保険会社名	〇▲〇▲火災海上(株)		
			所在地	〒156-0000 東京都世田谷区〇-●-1 TEL 03(0000)0000		
	契約期間		令和1年2月1日 ~ 令和2年1月31日	担当者	損保 二郎	
	個人賠償責任保険等	所在地	〒 - TEL ()			
		契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日	フリガナ		
		証明書番号	×××-123456789-9	契約者		
		任意一括	*注2 (有)・無			
	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 ()

治療状況	医療機関	名称	海老名総合病院		
		所在地	神奈川県海老名市河原口1320 TEL 046(233)1311		
	治療期間	令和2年8月1日から(入院 自 月 日 至 月 日)	(通院)		
	転院した場合	令和 年 月 日から(入院 自 月 日 至 月 日)	通院		
	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(自賠責支払)・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 × 日額 = 日間 円		
		葬祭費	円	その他	円
見舞金		円	(合計額) 円		
受領方法	一括	令和 年 月 日	受領		
	分割 ()回払い	1回目	円	令和 年 月 日受領	
		2回目	円	令和 年 月 日受領	
3回目		円	令和 年 月 日受領		

*注2 任意一括とは、自賠責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。

受付印