伺　令和　　年　　月　　日

常務理事	事務長	係

（様式第３号）

健康保険第三者の行為による傷病届

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

＊被保険者等記号・番号が不明の場合は、①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書、④事業所の健康保険担当部門(人事・総務／担当者)のいずれかでご確認ください。

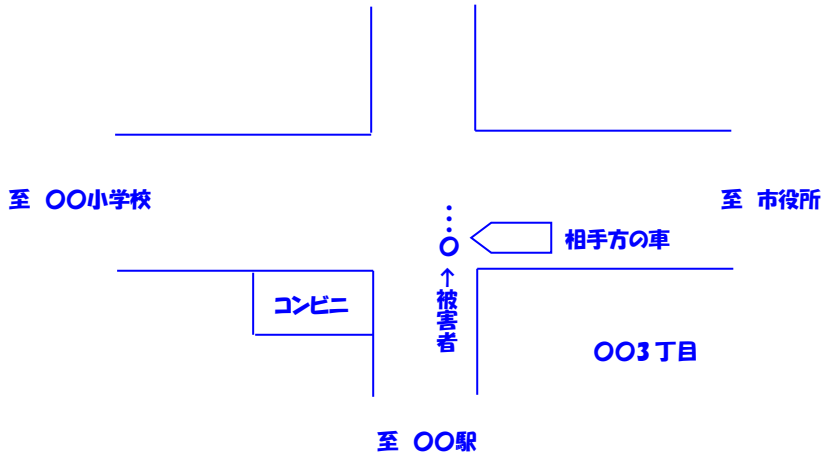
（その１）

●該当文字を○でかこみ、必要事項は記入してください。

被害者・相手方関係	＊被保険者等記号・番号	記号 1010	氏名	健保 太郎	
		番号 99999	現住所	〒000-0000 00県00市00町1-2-3	
	被保険者が勤務している事業所	名称	日本無線株式会社		
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名		被保険者との続柄	
	相手方	氏名	日本 一郎	生年月日	大・(昭)・平・令 XX年 X月 X日
		現住所	〒000-0000 00県00市00町4-5-6	TEL（00）0000-0000	
	相手方の勤務先	名称又は氏名	0000株式会社	事業内容又は職業	布団・毛布 訪問販売
		所在地又は住所	〒000-0000 00県00市00町1-1-1	TEL（00）0000-0000	
	相手方の住所氏名が判らないとき	その理由	（記入する場合の例：あて逃げのため）		
事故内容	傷病名	顔面挫傷 右肘打撲 右大腿部打撲	発生年月日	午前・(午後) 7時 40分頃 令和 X年 X月 X日	
	発生の場所	00県00市00町3-2-1 路上			
	種別	(自動車事故)・バイク 自転車 事故・殴打 刺傷・その他（　　）			
	事故結果	即死・入院直後の死亡 入院中の死亡（死亡 平・令　年　月　日）・(治療)			
	警察官の立合	(あった)・ない・ないが届出済・わからない			
	所轄署	00 警察署　　派出所			
	過失の度合（不明は無記入）	自分がなんぶ		相手がなんぶ	
		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	

この届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

受付日付印

事故発生の状況	相手方の行為によって生じた事故について相手方の行動および被害者の行動をわかりやすく、詳細に記入してください。
	令和Ｘ年Ｘ月Ｘ日○○市○○3丁目付近の交差点（信号機なし）を渡ろうとしたところ、右からきた相手方の車と接触しそのまま5m ほど引きずられて転倒、顔面挫傷および大腿部打撲を負った。相手方は運転中に携帯電話をかけていてわき見運転とみられる。
事故現場の見取図	事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして相手方と被害者の行動を、赤点線をもって表示してください。
	

○自動車事故であって「事故発生状況報告書」を、この届に添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。

相手方の自動車保険加入状況	自賠責保険	(有)　無	保険契約期間	自　平・(令) X 年 X 月 X 日 至　平・(令) X 年 X 月 X 日	
	保険加入証明記号番号	記号OOOO 第OOOOOO号	契約者氏名	日本　一郎	
	契約保険会社	名　称	OO損害保険株式会社		
		所在地	OO県OO市OO町4−5−6　TEL（OO）OOOO-OOOO		
	任意保険	(有)　無	保険契約期間	自　平・(令) X 年 X 月 X 日 至　平・(令) X 年 X 月 X 日	
	保険加入証明記号番号	記号OOOO 第OOOOOO号	契約者氏名	日本　一郎	
	契約保険会社	名　称	同上		
		所在地	〃　　TEL（　）		

示談状況	示談が成立	(交　渉　中)	令和　年　月　日現在	請求権を放棄した
	令和　年　月　日	成立してない		令和　年　月　日
		示談が成立していない理由	治療中	放棄した理由

損害賠償の請求および支払状況	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は	し　た（請求者名　　）・していない・(請求中)		
	相手方に対する損害賠償の請求	していない　・　した（口頭・文書）	令和　年　月　日	治療費　円 休業補償　円 その他　円

第三者（相手方）から損害賠償をうけたとき	損害賠償の種類	相手方直接賠償・保険会社からの賠償		
	賠償金の内訳	入院を含む治療費	円	
		休業補償費	自　令和　年　月　日　1日につき　円 至　令和　年　月　日　日分　円	
		葬祭費	円	
		慰藉料	円	
		見舞金	円	
		障害補償費	円	
		その他	円	
		合計	円	
	受領方法および年月日	全額	令和　年　月　日受領	
		分割（　）回払	第1回	円　令和　年　月　日受領
			第2回	円　令和　年　月　日受領
			第3回	円　令和　年　月　日受領

治療状況	この事故で医師の治療をうけましたか		うけた・うけていない	
	治療をうけたとき	医療機関	名称	○○○○病院
			所在地	○○県○○市○○町789　TEL（○○○○）○○-○○○○
		支払方法		健康保険・相手方負担・自費・その他（　　）
		治療開始		令和　X年　X月　X日　入院　通院
		転帰		（令和　X年　X月　X日現在） 現在入院中・通院加療中・治癒・中止
		入院治療期間		入院　自　令和　X年　X月　X日～至　令和　X年　X月　X日 通院　自　令和　X年　X月　X日～至　令和　　年　　月　　日
		後遺症		ある・ある見込・ない・ない見込
		治療見込		令和　X年　X月　X日から約　5ヵ月ぐらい

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

この欄は記入する必要はありません

保険給付欄				
種別	金額	内訳	支給年月日	備考
療養の給付	円	自　年　月　日 至　年　月　日　日間		
療養費	円	マッサージ、コルセット 柔道整復施術、輸血		
傷病手当金	円	自　年　月　日 至　年　月　日　日間		
	円			
	円			
	円			
	円			
合計	円			