

--	--

第三者行為による傷病届 (則52条) (I)

こちら側	事業所名	ブリヂストン〇〇〇		氏名	健保 太郎 (40才)		健保
	被保険者等記号番号	1234 - 567890		現住所	〒 106 - 〇〇47 東京都〇〇区〇〇1-3 TEL 03(3280) × × × ×		
相手側	被扶養者が受けた事故であるとき	氏名	健保 花子 (38才)		被保険者との続柄	妻	
	加害者	氏名	保険 一郎		生年月日	昭和〇年〇月〇日	
		住所	× × 県 × × 市 × × 村 9-9		TEL	000-000-0000	
	加害者の勤務先	名称又は氏名	△△△△株式会社		事業内容	△△△	
所在地又は住所		△△県△△市△△7-7		TEL	000-000-0000		
加害者の住所・氏名が判らないとき	その理由						
事故の内容	傷病名	骨盤骨折 他			発生年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日 午前 〇 時 〇 分頃	
	発生場所	□□県□□市□□5-5					
	被害事故の状況(詳細に)	<p>下記の場所において、黄点減より直進したバイクと赤点減側より進入した四輪車による出会い頭の衝突人身事故です。衝突後、バイク側はバランスを崩して、進行方向右側のフェンスに衝突・転倒しました。</p>			業務上・外の区分	・業務上 ・通勤途中 ・ <b>私用</b>	
現場の見取図				届出警察署	〇〇 警察署 派出所		
				事故発生 の責任は	・相手方 ・当方 ・双方 (相手方 % 当方 %) ・ <b>わからない</b>		
				違反の内容	相手方	当方	
			・スピード違反 ・酒酔運転 ・無資格運転 ・酒気帯び ・その他 ( ) ( )				
			道交法による行政処分	1.内容 ( <b>不明</b> ) 2.期間 ( ) 3.罰金 ( )			

- (注) 1.この届書は、事故が発生してから地帯なく提出すること。(含自損行為)  
 2.事業主に提出した交通事故届の写を添付するときは記載一部省略可。  
 3.示談を行おうとする場合は、必ず前もって健保組合にご連絡ください。  
 4.示談をしたときは示談書の写しをご提出ください。  
 5. 交通事故証明書(原本)を添付してください。

(II)

治療状況	医療機関		名称	〇〇病院			
			所在地	〇△市〇△町 3-3		TEL 000-000-0000	
	支払方法		健康保険・加害者負担・自費・自賠償保険				
	治療開始		令和 〇年 〇月 〇日	入院	通院		
	現在の治療状況		(令和 〇年 〇月 〇日現在) 入院中・通院加療中・治ゆ・中止				
	治療期間		入院 自 令和 〇年 〇月 〇日 ~ 至 令和 年 月 日	通院 自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日			
	治療見込		令和 年 月 日				
	後遺症		ある・ある見込・ない・ない見込・わからない				
加害者の自動車保険加入状況	強制自賠償保険	車の保有者	氏名	保険 一郎		加害者との関係	本人
			住所	××県××市××村 9-9		TEL 000-000-0000	
			車種	普乗	府県別	××	車の登録番号
		保険加入証明番号	第 ××××××号	保険契約期間	自 令和 〇年 〇月 〇日	至 令和 〇年 〇月 〇日	
	任意保険	契約保険会社	名称	〇×〇×保険		支店(営)	
			所在地	〒 000-0000 〇×県〇×市〇×村 9-9		TEL 000-000-0000	
			担当部署	〇×サービスセンター		担当者名	△△
	加入の有無	有(対人 無制限 万円、対物 万円)・無					
	任意保険	契約保険会社	名称	△×△×保険		支店(営)	△×支社
			所在地	〒 000-0000 △×県△×市△×村 9-9		TEL 000-000-0000	
担当部署			△△支社		担当者名	△△	
示談	示談は成立していますか	いる いない 交渉中 請求権放棄					
	示談成立年月日	年 月 日	示談不成立、若しくは放棄した理由				
	請求権件放棄年月日	年 月 日					
損害賠償	加害者に対する請求	する・しない 請求年月日 年 月 日 口頭・文章					
	自賠償に対する請求	した(請求者名 )・請求 年 月 日					
	賠償金の内訳	損害賠償の種類別	請求額	受領額	受領年月日	入金先	
	治療費、休業補償費、慰謝料、見舞金などを記入してください				年 月 日	自賠償・加害者	