

ブリヂストン健康保険組合 理事長 殿

年 月 日提出


## 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)×××		
	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
相 手 側	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 状 況  (詳細に 記入)	傷病名	骨盤骨折 他			発生 年月日	令和〇年〇月〇日 午前○後 ○時 ○分頃	
	発生場所	□□県□□市□□5-5					
	下図の場所において、黄点滅より直進したバイクと赤点滅側 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。	業務上・外 の区分	・業務上 ・通勤途中 ・私用				
内 容	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 %) ・わからない				
内 容	現場の見取図	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 ( 不明 ) 2.期間 ( ) 3.罰金 ( )						

- (注) 1.この届書は、事故が発生してから遅滞なく提出すること。(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・自賠責保険						
	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	強制自賠責保険	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	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 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	△△
示談	加入の有無	有(対人 無制限 万円、対物 万円)・無						
	契約保険会社	名称	△×△×保険		支店(営)	△×支社		
		所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 △×県△×市△×村 9-9 TEL 000-000-0000					
		担当部署	△△支社			担当者名	△△	
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						
請求権件放棄年月日	年 月 日	した理由						
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						
	自賠責に対する請求	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	自賠責・加害者 " "		