

健康保険 第三者の行為による傷病届

※受付番号	
第	号

被害者・加害者（相手方）関係	被保険者証の記号番号		記号	氏名	昭・平・令 年 月 日生 ^印			
			番号	現住所	〒 -	電話番号	() -	
	被保険者（被害者）が勤務している事業所		名称				電話番号	() -
			所在地	〒 -				
	被扶養者が受けた事故のとき		氏名	昭・平・令 年 月 日生			被保険者との続柄	
	加害者（相手方）		氏名	大・昭・平・令 年 月 日生			職種	
			現住所	〒 -			電話番号	() -
加害者の勤務先	名称					事業内容		
	所在地		〒 -			電話番号	() -	
加害者が不明のとき		その理由						
受診の状況	医療機関	名称	①		②		費用負担	健康保険使用 した しない 加害者・被害者 その他
		所在地						
	受診期間	入院 / ~ / 通院 / ~ /		入院 / ~ / 通院 / ~ /				
この届書を提出する日現在の状況	(令和 年 月 日現在) 現在入院中・通院加療中・中止・治ゆ				(届出の日に関係なく、実際に治った日を記入してください) 令和 年 月 日 治ゆ			
事故内容	種別	自動車事故・バイク自動車事故・殴打・打傷・その他 ()						
	過失の場合	自分がなんぶ 0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10			相手がなんぶ 0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10			
事故発生状況	発生年月日	令和 年 月 日			午前 午後	時	分	頃
	この欄は、どこで、何の目的（例えば、私用、会社の工作中、通勤退勤途中等）で何をしているとき、どうなったかを記入してください。							

(注意) 事故の発生原因が自動車事故による場合は、次のページも記入してください。

加害者 (相手方) の自動車 保険加入 状況	車輜(登録)番 号		車台番号		
	責任保険加入の有無	ある・ない		自賠責保険 証明書番号	
	保険契約 期間	平成 令和	年 月 日から 年 月 日まで	契約 保険会社名	
	契約者	氏名			氏名
		住所	〒 -		住所
	契約者と運転者 との関係	本人・親族・従業員・譲受人 借受人・その他()		契約者 との関係	本人・親族・従業員・譲受人 借受人・その他()
	任意保険 加入の有無	ある・ない	保険期間	平成 令和	年 月 日から 年 月 日まで
契約保険会社名			契約番号	契約 金額	
示談 状況	示談成立 令和 年 月 日	交渉中 令和 年 月 日現在	請求権放棄 令和 年 月 日		
損害 賠償 請求 状況	加害者に対する 損害賠償の請求	①請求し、受領済み(令和 年 月 日 ¥) ②請求中 ③これから請求する ④請求しない			
	自動車保険への 請求状況	①加害者名義で請求した 令和 年 月 日 頃			
		②被害者名義で請求した 令和 年 月 日 頃			
		③被害者・加害者いずれも請求しない。			

(注意) この届出には次の書類を添付してください。

- ①自動車安全運転センターの発行した「**人身事故扱**」の交通事故証明書
- ②示談が成立しているときは、**示談書**の写し
- ③自動車事故のときは、**事故発生状況報告書**

治療が終わったとき、または医療機関をかえたときは必ず連絡してください。

〒951-8117

新潟市中央区南横堀町294番地1

新潟県農業団体健康保険組合 業務課

☎025-222-7586