

# 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 <sup>①</sup>			
			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	車輛（登録）番号		車台番号		
	責任保険加入の有無	ある・ない		自賠責保険自賠責証明書番号	
	保険契約期間	平成 令和	年 月 日から 年 月 日まで	契約会社名	
	契約者	氏名		保有者	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 万円	
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