

第三者行為による傷病届

年 月 日 提出

健保被保険者記号 同上番号		氏名					印
住 所							
被扶養者の場合、氏名		生 年 月 日	年	月	日	続柄	
第 三 者 (加 害 者)	氏名					TEL.	
	住所						
第 三 者 の 勤 務 先 又 は 監 督 義 務 者	名称又は氏名					TEL.	
	所在地又は住所						

負傷の原因について

い つ (日 時)	年 月 日 午前・午後 時 分頃
ど こ で (場 所)	
なにを(目的) いずれかに○印を	業務中・出退勤途上・その他() ※業務中・出退勤途上は、労災保険を適用し、健保は適用できません
原 因 ・ 状 況 (できるだけ詳しく)	

治療状況について

傷 病 名							
医 療 機 関 名		所在地					
治 療 期 間	年 月 日から平成 年 月 日	自賠償・自費・健保					
医 療 機 関 名		所在地					
治 療 期 間	年 月 日から平成 年 月 日	自賠償・自費・健保					
医 療 機 関 名		所在地					
治 療 期 間	年 月 日から平成 年 月 日	自賠償・自費・健保					

第三者(加害者)側の保険について、わかる範囲で記入してください

証 明 書 番 号		保 険 会 社	
保険会社所在地		保険会社連絡先 (担当者名)	TEL.
保 険 契 約 者			
契 約 保 険 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		

貴方の人身傷害補償(任意)保険について、わかる範囲で記入又は○印をしてください

加 入 の 有 無	有 り・無 し	任 意 保 険 会 社	
任 意 保 険 契 約 者		任意保険証券番号	
任意保険社連絡先	TEL	任意保険社担当者	
保 険 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		

損害賠償(示談を含む)及び治療、支払状況について、わかる範囲で記入又は○印をしてください

賠償の窓口(請求先)	加害者側保険会社 ・ 自分が加入している保険会社 ・ 加害者		
自己負担分の医療 費 の 支 払 方 法	医療機関から直接保険会社に請求・立替後任意保険会社に請求・立替後 保険会社に請求・立替後加害者に請求・立替後政府保障事業に請求 その他 ()		
初 診 年 月 日	年 月 日	死 亡 年 月 日	年 月 日
治 癒 年 月 日	年 月 日	症 状 固 定 年 月 日	年 月 日
示 談 年 月 日	年 月 日	過 失 の 有 無	有 り ・ 無 し
貴方の過失割合に 対 する 意 見	過 失 割 合 : 相 手 側 (加 害 者) % 対 貴 方 (被 害 者) %		