

健康保険 第三者の行為による傷病届

その1

被害者	被保険者証 記号・番号	氏名	印	TEL() -	
			住所	〒			
	被害者(被保険者)の 勤務している事業所		名称			職種	
		住所			TEL		
被扶養者がうけた事故であるとき			氏名			続柄	
加害者	氏名				生年月日	年 月 日	
	住所				TEL() -		
	加害者 勤務先	名称				TEL() -	
		住所				職種	
加害者がわからないときはその理由							
事故の内容	発生日時	令和	年	月	日	午前・午後 時 分	
	発生場所						
	負傷の原因を詳しく記入	いつ	会社の用務での工作中・出勤途中・退社途中・その他				
		どんな用務で					
		どうしているとき					
		なにが					
		どうなって					
		体のどこを					
		どうした					
		負傷後どうしたか					
家族が負傷した場合は必要ありません	事業所は労働者災害補償保険法の適用を受けていますか				受けて いる・いない		
	負傷当日の被保険者の勤務時間は		時 分 ~	時 分	休日・欠勤		
	うえの負傷は、業務外・業務上・通勤災害の事由に起因するものであることを証明します。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 事業所所在地 事業所 名称 事業主 氏名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">印</div>						

この届には、自動車事故証明書 示談をしたときは示談書を添付してください。

その2

示談状況	示談成立	年	月	日	成立していないときはその理由						
	示談の主な内容										
被害者の治療状況	治療開始年月日	年	月	日	治療見込年月日	年	月	日			
	下欄は治療を受けた月日順に、治療費区分は 健保 自費 加害者 自賠償の番号で記入してください。										
	受診状況	医療機関名	所在地	治療費区分	治療期間						
		1			年	月	日	~	年	月	日
		2			年	月	日	~	年	月	日
3			年	月	日	~	年	月	日		
加害者の保険加入状況	自賠償保険証明書番号	第	号	保険会社名(自賠償)	担当者 TEL() -						
	保険契約者	住所	〒	保有者	住所	〒	TEL() -				
		氏名	TEL() -		氏名						
	加害自動車	車種				加害運転者	住所	〒	TEL() -		
		車両番号					氏名				
		車台番号					職種				
	保険期間	自	年	月	日	保有者との関係	本人・従業員・親族(続柄)				
		至	年	月	日午前12時		・その他()				
	任意保険加入	有・無	保険会社				担当			TEL	
	任意保険証書番号										
事故について	種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打・殺傷・その他()									
	警察官の立会い	あった・ない・ないが届出済・わからない・その他()									
	所轄署	警察署				派出所					
	過失の度合い	被害者 : 加害者 = () : ()									