

健康保険・第三者行為による傷病届

区分	本人	{ 該当文字を○でかこみ、必要事項は必ず記入して下さい。 } { 記入できない欄がありましたら別紙を添えて下さい。 }					
	家族						
被害者	被保険者の (被害者が被扶養者のときも記入)	1. 保険証の記号番号	1-7899				
		2. 氏名 (ふりがなをつける)	石川 太郎	◎	性別	男・女	
		3. 現住所	〒143-1100 大田区矢口1-1-1				
		4. 個人の電話	03 (3759) 9778				
		5. 勤務所の 事業所の	名称	株式会社テクノポート蒲田		事業所 営業所	
	所在地		大田区南蒲田1-1				
	被扶養者の	6. 氏名 (ふりがなをつける)	該当なし			性別	男・女
		7. 被保険者との続柄		生年月日	年 月 日	才	
8. 職業			老人保健	適・否			
加害者	個人の	9. 氏名 (ふりがなをつける)	坂口 一夫	生年月日	年 月 日	才	
		10. 現住所	岩槻市大字山田1-3 方				
	勤務先の	11. 事業所の	名称	オービック株式会社		内	
			所在地	さいたま市緑区大田窪1-1			
		代表者氏名	国沢 忠一				
		事業内容					
	職	業					
12. 不明・その理由	ひき逃げ・他 ( )						
事故内容	13. 発生日	2008年 7月 28日 午前 5時 50分頃					
	14. 発生場所	川崎市多摩区西生田1-1					
	15. 種別	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自動車事故 <input type="checkbox"/> 2. バイク事故 <input type="checkbox"/> 3. 自転車事故 <input type="checkbox"/> 4. 暴力事故 <input type="checkbox"/> 5. 他 ( )					
	16. 傷病名	打撲					
	17. 事故結果	<input type="checkbox"/> 1. 即死 <input type="checkbox"/> 2. 入院直後の死亡 <input type="checkbox"/> 3. 入院中の死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 治療 <input type="checkbox"/> 5. 治療せず (死亡 年 月 日)					
	18. 警察官の立会 と 所 轄 署	<input checked="" type="checkbox"/> 1. あった <input type="checkbox"/> 2. ない <input type="checkbox"/> 3. ないが届出済 多摩 警察署    派出所					
	19. 過失の 度 合	加害者	1	2	3	4	5
被害者		6	7	8	9	10	
		受		付			
		印					
年 月 日 提出							

20. 事故発生状況 { 加害者と被害者の行動をわかりやすく、具体的に、くわしく記入して、どのようにして事故が発生したかを書いて下さい。また、周囲の状況(交通状況・道路状況)なども書いて下さい。 }

世田谷通り、生田駅前の交差点を生田方面に運転中信号機が青から黄色に変わったので、右折し交差点を通過しようとした際、左側から直進車が進入して来たので急停止したが間に合わず接触した。

21. 事故当日の天候 1. はれ 2. くもり 3. あめ 4. ゆき 5. きり

22. 事故現場の見取図 { 事故発生場所の見取図を書いて下さい。道路幅、信号の有無、横断歩道などの外、加害者の事故発生までの行動を赤線で表示して下さい。 }

記入記号

- 加害者: 黒い家型アイコン
- 被害者: 白い家型アイコン
- 他の車 (オートバイ): 白い車型アイコン
- 人: 人型アイコン
- 進行方向 (赤線): 上向き矢印
- 発生場所 (赤で): 赤いX
- 信号: ooo
- 一時停止: Y
- バス停: 人型アイコン
- 横断歩道: IIII

23. 速度 加害者 km/h (制限速度 km/h) ・ 被害者 km/h (制限速度 km/h)

石川 太郎

090 4234 6678

101-0000

田小川町1-1

三井住友海上火災  
保険自賠責サービスセンター

03 (2224) 3607

会社員

0427 (368) 9900

治療 状況	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間			
	通院期間	2008年 7月 28日から2008年 7月 28日まで	1日間			
	治療見込期間	治療開始より 約 日間・ カ月間				
	後遺症	1.ある 2.ある見込 3.ない 4.ない見込				
損害賠償の 請求および 支払状況	賠償金の内訳 〔加害者直接賠償額・ 保険会社からの賠償〕	33. 治療費(含入院費)	円			
		34. 休業保償料	年 月 日から 年 月 日まで 1日につき 円・計 円			
		35. 慰謝料	円			
		36. 見舞金	円			
		37. 損害保償費	円			
		38. 葬祭料	円			
		39. その他	円			
		40. 計	円			
		加害者から 賠償を うけたとき	受領方法 および 受領年月日	分割 回払	41. 1	年 月 日受領 円
					2	年 月 日受領 円
3	年 月 日受領 円					
4	年 月 日受領 円					
5	年 月 日受領 円					
6	年 月 日受領 円					
計	円					

〔被害時から留意・実施する事項〕

1. 交通事故証明書1通をすみやかに健康保険組合へ提出して下さい。
2. 治療をはじめた日から、治療にかかった費用を日付順に適宜の用紙に記入して、その領収書を受けとること。
3. 交通機関を利用したとき、利用区間およびその運賃をも明記すること。  
タクシーを利用したときは、領収書を受けとること。
4. 加害者との話し合いの近況を健保組合と密に連絡をとること。
5. 強制保険（自賠責）に対しては被害者請求をする旨、加害者へ連絡をとること。  
請求時には健保組合から連絡をとりますから、その時は必要書類を提出していただきます。

※2の様式例

月 日	費用 明 細	金 額	領収書No
計		円	