様式1号

# 健康保険・第三者行為による傷病届

| 区分 | 本人 |
|---|---|
| | 家族 |

〔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。〕

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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. 勤務事業所の 名称 | 株式会社テクノポート蒲田 | | 事業所 営業所 | |
| | | 5. 勤務事業所の 所在地 | 大田区南蒲田1-1 | | | |
| | | 5. 勤務事業所の 所属 | 制、　技1 | 内線電話 | 8-1-1246 | |
| | 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 | |
| | | 11. 事業所の 所在地 | さいたま市緑区大田窪1-1 | | | |
| | | 11. 事業所の 代表者氏名 | 国沢　忠一 | | | |
| | | 11. 事業所の 事業内容 | | | | |
| | | 11. 事業所の 職業 | | | | |
| | 12. 不明・その理由 | | ひきにげ・他（　　） | | | |
| 事故内容 | 13. 発生年月日 | | 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 | | (1.)自動車事故　2. バイク事故　3. 自転車事故<br>4. 暴力事故　5. 他（　　） | | | |
| | 16. 傷病名 | | 打撲 | | | |
| | 17. 事故結果 | | 1. 即死　2. 入院直後の死亡　3. 入院中の死亡<br>(4.)治療　5. 治療せず　（死亡　年　月　日） | | | |
| | 18. 警察官の立会と所轄署 | | (1.)あった　2. ない　3. ないが届出済<br>多摩 警察署　派出所 | | | |
| | 19. 過失の度合 | 加害者 | 1 2 3 4 5 / 6 7 8 9 10 | | | |
| | | 被害者 | 1 2 3 4 5 / 6 7 8 9 10 | | | |

| 受付印 | |
|---|---|

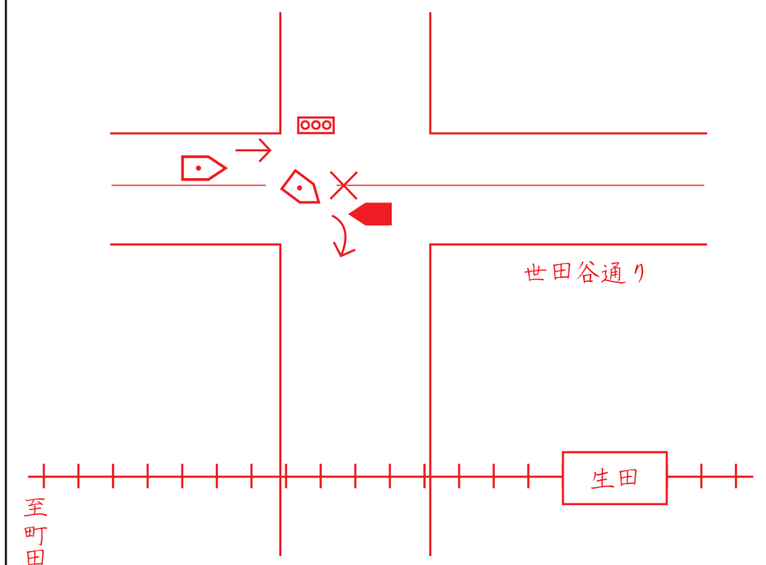
年　月　日 提出

20. 事故発生の状況〔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
- 被害者
- 他の車
- 自転車（オートバイ）
- 人
- 進行方向（赤線）
- 発生か所（赤で）
- 信号
- 一時停止
- バス停
- 横断歩道

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）

（自動車保険）※は記入しないで下さい

| 項目＼種別 | | 加害者の強制保険（自賠責） | 加害者の任意保険 |
|---|---|---|---|
| 24. 加入の有無 | | 1. 加入 ・ 2. 未加入 | 1. 加入 ・ 2. 未加入 |
| 25. 賠償保険 | | | 1. 対人賠償保険に加入 ・ 2. 未加入 |
| 26. 保険契約期間 | | 年 月 日から<br>年 月 日まで | 年 月 日から<br>年 月 日まで |
| 27. 保険加入証明書番号 | | 第 FHQ100024 号 | 第 号 |
| 28. 保険契約者の | 住所 | 〒 143-1100<br>大田区矢口1-1-1 方 | 〒 方 |
| | 氏名 | 石川 太郎 | |
| | 連絡先 TEL | 090 （ 4234 ）6678 | （ ） |
| 29. 契約会社の | 住所 | 〒 101-0000<br>千代田区神田小川町1-1 内 | 〒 内 |
| | 社名 | 三井住友海上火災<br>保険自賠責サービスセンター | |
| | ※担当者 | ※<br>TEL 03 （2224） 3607 | ※<br>TEL |
| 30. 加害者の | 所有者・使用者との関係 | 1. 本人 2. 従業員<br>3. 親族（続柄 ） 4.他（ ） | 左記に同じ |
| | 職業 | 会社員 男女 | 左記に同じ |
| | 連絡先 TEL | 0427 （368） 9900 | 左記に同じ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 31. 示談 | 成立 | 年 月 日 | 31.1 未成立放棄の理由 | |
| | 交渉中 | 年 月 日 現在 | | |
| | 未成立 | 年 月 日 現在 | | |
| | 放棄 | 年 月 日 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 32. 治療状況 | 治療をうけましたか | 1. うけた ・ 2. うけない | | |
| | 治療を受けたとき 医療機関の | 1 | 名称 | |
| | | | 所在地 | TEL |
| | | 2 | 名称 | |
| | | | 所在地 | TEL |
| | 支払方法 | | 1. 健保・2. 加害者負担・3. 他（ ） | |
| | 治療開始 | 1 | 年 月 日 | 入院 ・ 通院 |
| | | 2 | 年 月 日 | 入院 ・ 通院 |
| | 治療状況 | | 年 月 日<br>1. 入院中 ・ 2. 通院中 ・ 3. 治ゆ ・ 4. 中止 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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（4.を○） | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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<br>年 月 日まで<br>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 |
| | 加害者から損害賠償をうけたとき 受領方法および受領年月日 | 41. 分割回払 | 1 年 月 日受領 円<br>2 年 月 日受領 円<br>3 年 月 日受領 円<br>4 年 月 日受領 円<br>5 年 月 日受領 円<br>6 年 月 日受領 円<br>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 | |