

年 月 日

近畿日本ツーリスト健康保険組合
理事長 殿

健康保険 第三者行為による傷病届

本人・家族

(その1)

被 害 者 ・ 加 害 者 関 係	被保険者証 記号と番号	記号:	氏 名	(印)		
		番号:	現住所	TEL		
	被保険者が勤務 している事業所	名 称				
		所在地	TEL			
	被扶養者がうけた 事故であるとき	氏 名		被保険者 との続柄		
	加 害 者	氏 名		生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日
		現住所	〒	TEL		
	加害者の勤務先	名 称		事業内容		
		所在地	TEL			
	加害者が判らないとき	その理由				
事 故 内 容	傷 病 名		発生日	年 月 日	時 分	
	発生の場所					
	種 別	自動車事故 ・ バイク自転車 ・ 殴打刺傷 ・ その他()				
	事故結果	即死 ・ 入院中死亡 (死亡 年 月 日) ・ 治療中				
	警察官の立合	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	自 分 が な ん ぶ		相 手 が な ん ぶ		
0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10				

この届出に添えて提出する書類(自動車事故の場合)

1. 自動車事故証明書
2. 診断書(写し)
3. 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書
4. 示談をしているときは、示談書の写し

受付日付印

※ 注意事項 自分の過失の度合いが高く加害者であっても、健康保険組合から見て被保険者・被扶養者は被害者となりますので、加害者についてご記入いただく欄は「相手方」と読み替えてご記入下さい。

※ 示談をする前には必ず健康保険組合にご連絡下さい

(その2)

加害者の自動車 保険の加入状況	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日					
	保険加入証明 記号・番号	第 号	契約者 氏名						
	契約保険会社	名 称							
		所在地	〒 TEL						
示談 状況	示談が成立	交渉中		請求権を放棄した					
		成立してない	年 月 日 現在	年 月 日					
	年 月 日 に成立	示談が成立し ていない理由	放棄した理由						
損害賠償 の請求および 第三者加害者 から損害賠償 を受けた時 支払状況	自動車事故のとき 保険会社から 賠償金の受領は	した(請求者名)・いない・請求中							
	加害者に対する 損害賠償の請求	していない した	年 月 日 口頭・文書	<table border="0"> <tr><td>治療費</td><td>円</td></tr> <tr><td>休業補償</td><td>円</td></tr> <tr><td>その他</td><td>円</td></tr> </table>	治療費	円	休業補償	円	その他
治療費	円								
休業補償	円								
その他	円								
第三者加害者 から損害賠償 を受けた時 支払状況	損害賠償の種類	加害者直接賠償・保険会社からの賠償							
	賠償金の内訳	治療費(入院含)	円						
		休業補償費	自 年 月 日 (日分1日当 至 年 月 日 計	円					
		葬祭費	円						
		慰謝料	円						
		見舞金	円						
		障害補償費	円						
		その他	円						
	合計	円							
	受領の方法 および 年月日	全 額	年 月 日 受領						
分 割 ()回払		第1回	円	年 月 日 受領					
		第2回	円	年 月 日 受領					
	第3回	円	年 月 日 受領						

※ 提出日現在の示談の状況を記入してください。

※ 加害者から損害賠償を受けた時は必ず記入してください。