

健康保険 第三者の行為による傷病届

届出日：令和 年 月 日

負傷者について	被保険者等	記号 番号		被保険者 氏名	⑩		
	現住所	〒 — 電話：					
	事業所名称						
	事業所の所在地	〒 — 電話：					
	被扶養者の場合に記入	氏名	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日			続柄	
相手方について	相手方	氏名					
		生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日				
		住所	〒 — 電話：				
	相手方の勤務先	名称又は氏名		事業内容 又は職業			
		所在地又は住所	〒 — 電話：				
相手方の氏名・住所が不明な合、その理由							
事故内容	傷病名						
	発生日時	平・令 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃					
	発生場所						
	種別	自動車事故 ・ バイク 事故 ・ 殴打 刺傷 ・ その他 () 自転車					
	事故結果	即死 ・ 入院直後の死亡 死亡日 (年 月 日) ・ 治療 入院中の死亡					
	警察の立会い	あった ・ なかった ・ なかったが届出済 ・ わからない					
	所轄の警察署	警察署				派出所	
	過失の度合 (割合)	負傷者 (被保険者・被扶養者)			相手方		
	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			

【添付書類】

- ①念書(※)
 - ②示談の場合、示談書の写し
 - ③自動車事故証明書
 - ④診断書
 - ⑤死亡の場合、戸籍謄本及び死亡診断書
- } 自動車事故のとき

※①は健保ホームページの届出・申請フォームにあります。

※消せるボールペン使用不可です。

(1 / 4)

健保組合受付
令和 年 月 日

事故発生状況報告

当事者	甲 (相手方)	氏名				電話	
	乙 (負傷者)	氏名	電話		運転・同乗 歩行・その他		
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方		
道路状況	舗装	してある してない	歩道(両・片)	ある ない	直線・カーブ		
		平坦・坂	見通し	良い 悪い	積雪路・凍結路		
信号又は標識	信号	ある ない	甲者側信号(青・赤) 乙者側信号(青・赤)	駐停車禁止	されている されていない	その他標識 ()	
速度	甲車両	km/h	(制限速度	km/h)			
	乙車両	km/h	(制限速度	km/h)			
事故現場における相手と負傷者との状況を図示して下さい	事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい)						
甲 車  乙 車  進行方向  信号  一時停止  人間 							
上図の説明を書いて下さい							

手 方 の 自 動 車 保	責任保険加入の有無	ある・ない		保険契約期間	自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日									
	保険加入証明記号番号			契約者氏名										
	契約保険会社	名称												
所在地		Tel () —												
示 談 状 況	示談成立	成立した日	平成・令和 年 月 日											
	示談交渉中	現時点	平成・令和 年 月 日											
		成立していない理由												
	請求権放棄	放棄した日	平成・令和 年 月 日											
放棄した理由														
損 害 賠 償 の 請 求 及 び 支 払 状 況	相手方に対する損害賠償請求	していない・した →	<table border="0"> <tr> <td>平成・令和</td> <td>治療費</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td>休業補助</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>(口頭・文書)</td> <td>その他</td> <td>円</td> </tr> </table>			平成・令和	治療費	円	年 月 日	休業補助	円	(口頭・文書)	その他	円
	平成・令和	治療費	円											
	年 月 日	休業補助	円											
(口頭・文書)	その他	円												
保険会社からの賠償金 (自動車事故の場合)	受領していない・受領した・請求中	→ (請求者名)												
損害賠償の種類	相手方直接賠償 ・ 保険会社からの賠償													
相手方から損害賠償を受けたとき	賠償金の内訳	治療費 (入院費含む)	円											
		休業補償費	自平・令 年 月 日 1日につき	円										
			至平・令 年 月 日	日分										
		合計			円									
		葬祭費	円											
		慰謝料	円											
		見舞金	円											
		障害補償金	円											
その他	円													
合計		円												
受領方法	全額受領	受領日	平成・令和 年 月 日											
	分割受領	受領日	第1回	平・令 年 月 日										
			第2回	平・令 年 月 日										
			第3回	平・令 年 月 日										

治 療 状 況	この事故で医師の 治療を受けました		受けた ・ 受けていない	
	医療機関	名称		
		所在地	電話	
	治療 を受 けた と き	支払方法	自費 ・ 相手方負担 ・ 健康保険 ・ その他 ()	
		治療開始日	平・令 年 月 日 入院 ・ 通院	
		現在の状況	平・令 年 月 日 現在 入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止	
		入院・治療 期間	入院：平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日 通院：平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日	
		後遺症	ある ・ あると思われる ・ ない ・ ないと思われる	
	治療見込み	平・令 年 月 日から約 日 くらい ヶ月		

※下欄は記入不要です

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支給年月日	備考
療養の給付	円	自平・令 年 月 日 至平・令 年 月 日 日間		
療養費	円	マッサージ・コルセット 柔道整復施術・輸血		
傷病手当金	円	自平・令 年 月 日 至平・令 年 月 日 日間		
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
合計	円			

LIXIL健康保険組合

負傷者について	被保険者等	記号 番号	131 〇〇〇〇〇	被保険者 氏名	健保太郎	
	現住所	〒 ***-**** 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇			電話：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	事業所名称	株式会社LIXIL				
	事業所の所在地	〒 136 — 0072 東京都江東区大島2-1-1			電話：03-3638-〇〇〇〇	
	被扶養者の場合に記入	氏名	健保花子		続柄	妻
相手方について	相手方	氏名	商事一郎			
		生年月日	大正・昭和 平成 令和 **** 年 ** 月 ** 日			
	相手方の勤務先	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都墨田区〇〇〇〇		電話：03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
		名称又は氏名	株式会社〇〇商事	事業内容 又は職業	営業	
	相手方の氏名・住所が不明な合、その理由	所在地又は住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都千代田区〇〇〇〇		電話：03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
事故内容	傷病名	骨折				
	発生日時	平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (* 曜日) 午前・午後 〇〇 時 〇〇 分頃				
	発生場所	東京都墨田区錦糸〇丁目 〇〇通り				
	種別	自動車事故 ・ バイク 事故 ・ 殴打 刺傷 ・ その他 () 自転車				
	事故結果	即死 ・ 入院直後の死亡 死亡日 (年 月 日) 治療 入院中の死亡				
	警察の立会い	あった ・ なかった ・ なかったが届出済 ・ わからない				
	所轄の警察署	本所 警察署			派出所	
	過失の割合 (割合)	負傷者 (被保険者・被扶養者)		相手方		
	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			

【添付書類】

- ①念書(※)
 - ②示談の場合、示談書の写し
 - ③自動車事故証明書
 - ④診断書
 - ⑤死亡の場合、戸籍謄本及び死亡診断書
- } 自動車事故のとき

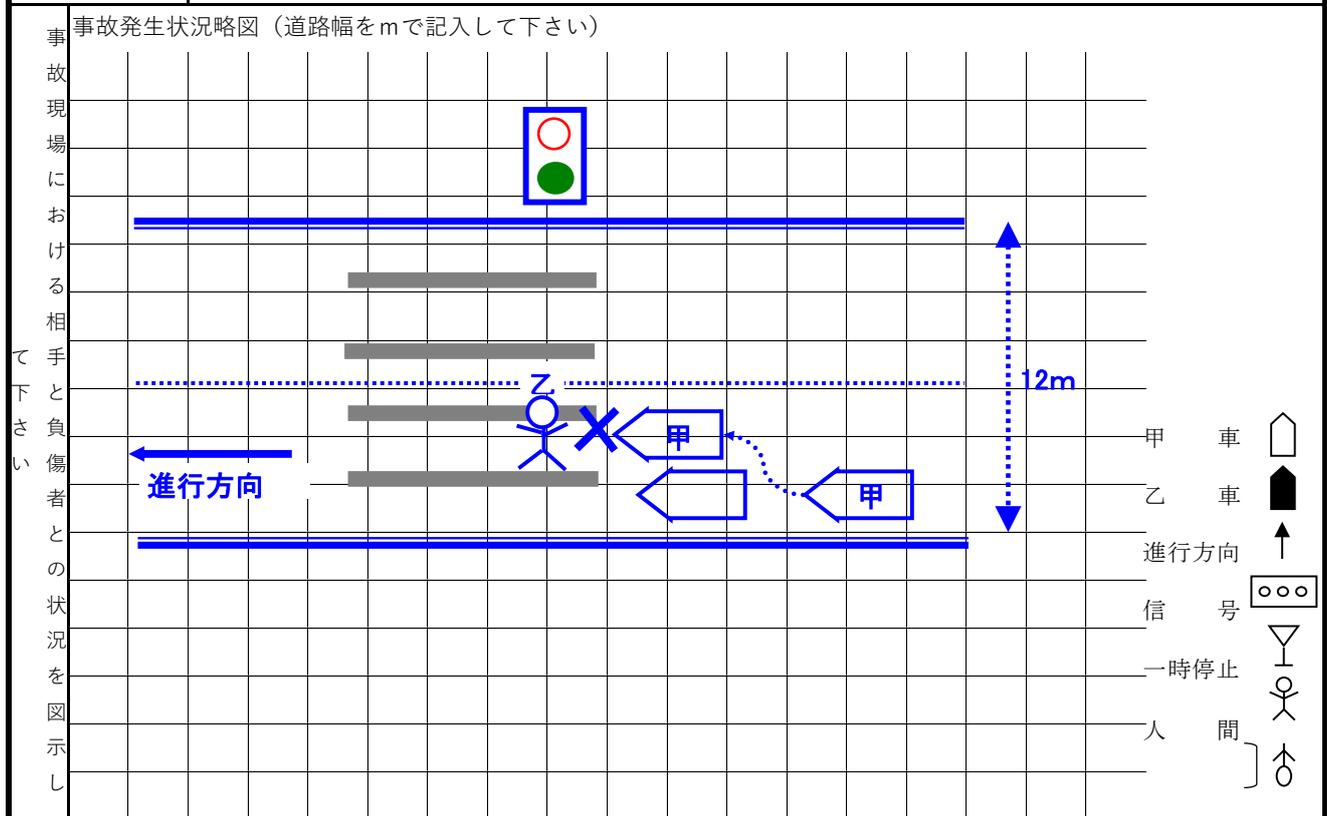
※①は健保ホームページの届出・申請フォームにあります。

※消せるボールペン使用不可です。

健保組合受付
令和 年 月 日

事故発生状況報告

当事者	甲 (相手方)	氏名 商事 一郎			電話 ○○-●●-●●●●
	乙 (負傷者)	氏名 健保 花子	電話 ○○-○○-○○○○		運転・同乗 歩行 ・その他
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑 普通 ・閑散	明暗	昼間 夜間 明け方・夕方
道路状況	舗装	してある してない		歩道 (両・片)	ある ない
		平坦 ・坂		見通し	良い 悪い
信号又は標識	信号	ある ない	甲者側信号(青・赤) 乙者側信号(青・赤)	駐停車禁止	されている されていない
					その他標識 ()
速度	甲車両	40 km/h (制限速度 50 km/h)			
	乙車両	km/h (制限速度 km/h)			



上図の説明を書いて下さい

○月○日午後6時20分頃、乙は、○○通りの交差点で信号が青から赤に変わるところ（青色点滅）、急ぎ足で渡ろうとした。

一方、甲車は、正面の信号が赤から青に変わるのを待たず、横断歩道を人が渡り終わったのを見計らい、前にいる車を徐行で追い越し加速していったところ、乙がいるのに気づかず、接触してしまった。

手 方 の 自 動 車 保	責任保険加入の有無	○ある・ない		保険契約期間	自 平成○令○年 ○月 ○日 至 平成○令○年 ○月 ○日			
	保険加入証明記号番号	○○○-○○○○○		契約者氏名	商事 一郎			
契 約 保 険 会 社	名称	○○損害保険(株)						
	所在地	東京都中央区○○○-○-○ 電話：○○○-○○○○-○○○○						
示 談 状 況	示談成立	成立した日	平成○令和○年 ○月 ○日					
	○示談交渉中○	現時点	平成○令和○○年 ○月 ○日					
		成立していない理由	示談が成立していると、健保から相手方に請求を起こせません。健康保険を利用される場合、必ず示談前に申請してください。					
請求権放棄	放棄した理由							
損 害 賠 償	相手方に対する損害賠償請求	○していない・した○	平成○令和○年 ○月 ○日	治療費	円			
	保険会社からの賠償金 (自動車事故の場合)	○受領していない○ ・ 受領した ・ 請求中	〔請求者名〕					
の 請 求 及 び 支 払 状 況	損害賠償の種類	相手方直接賠償 ・ 保険会社からの賠償						
	相 手 方 か ら 損 害 賠 償 を 受 け た と き	治療費 (入院費含む)				円		
		休業補償費	自平・令	年	月	日	1日につき	円
			至平・令	年	月	日		日分
		合計					円	
		葬祭費				円		
		慰謝料				円		
		見舞金				円		
障害補償金	相手方または相手方が加入している損害保険より給付を受けている場合は、必ず記入して下さい。							
受 領 方 法	全額受領	受領日	平成・令和 年 月 日					
	分割受領	受領日	第1回	平・令 年 月 日				
			第2回	平・令 年 月 日				
			第3回	平・令 年 月 日				

治療 を 受 け た と き の 状 況	この事故で医師の 治療を受けました		○ <u>受</u> けた ・ 受けていない		
	医療機関	名称	○○総合病院		
		所在地	東京都墨田区錦糸○-○-○ 電話○○○-○○○○-○○○○		
	支払方法	自費 ・ 相手方負担 ○ <u>健康</u> 保険 ・ その他 ()			
	治療開始日	平・ <u>令</u> ○年 ○○月 ○○日 ○ <u>入</u> 院 ・ 通院			
	現在の状況	平・ <u>令</u> ○年 ○○月 ○○日 現在 入院中 ・ ○ <u>通</u> 院加療中 ・ 治癒 ・ 中止			
	入院・治療 期間	入院：平・ <u>令</u> ○年 ○○月 ○○日 ～ 平・ <u>令</u> ○年 ○○月 ○○日 通院：平・ <u>令</u> ○年 ○○月 ○○日 ～ 平・ <u>令</u> ○年 ○○月 ○○日			
	後遺症	ある ・ あると思われる ・ ない ○ <u>ない</u> と思われる			
治療見込み	平・ <u>令</u> ○年 ○○月 ○○日 から 約 ○○日 くらい ○○ヶ月				

※下欄は記入不要です

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支給年月日	備考
療養の給付	円	自平・令 年 月 日 至平・令 年 月 日	日間	
療養費	円	マッサージ・コルセット 柔道整復施術・輸血		
傷病手当金	円	自平・令 年 月 日 至平・令 年 月 日	日間	
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
合計	円			

LIXIL健康保険組合