

本人・家族

健康保険 第三者の行為による傷病届

被害者・加害者関係	①被保険者証の記号・番号	記号： 番号：	②被保険者の氏名	印	
	③被保険者の住所	〒			
	※お問い合わせの際に使用 します				
	④日中連絡の取れる電話番号	□自宅 □勤務先 □携帯			
	⑤被保険者の勤務する又は勤務していた会社名				
	⑥被扶養者がうけた事故のとき被扶養者の氏名	⑦被保険者との続柄			
⑧加害者	氏名	電話番号			
	現住所	〒			
	⑨加害者の勤務先	名称	電話番号		
	所在地	〒			
事故の内容	⑩発生日時	平成 年 月 日 (曜日) 午前・後 時 分ごろ			
	⑪発生の場所				
	⑫何の用務中か?	休日・出勤前・出勤途中・勤務中・休み時間中・帰宅途中・帰宅後・その他			
	⑬事故の種類	自動車・バイク・自転車・殴打・死傷・その他 ()			
	⑭事故の結果	即死・入院直後の死亡・入院中の死亡(死亡 年 月 日)・治療			
	⑮警察官の立会い	あった・無い・無いが届出済・わからない			
	⑯所轄署	警察署			
治療状況	⑰過失の度合い	本人の過失 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	相手側の過失 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		
	⑱健康保険で治療を受けた医療機関	名称			
		所在地	〒 電話番号：		
		医師名	傷病名		
		治療開始	平成 年 月 日 (入院・通院)		
		転帰	(平成 年 月 日現在) 現在入院中・通院加療中・治癒・中止		
治療期間	入院治療：(平成 年 月 日～平成 年 月 日) 通院治療：(平成 年 月 日～平成 年 月 日)				
自己負担分の支払	自分で支払・相手(保険会社)が支払				

上記のとおりお届けします。

平成 年 月 日

NDS健康保険組合 理事長殿

受付日

⑲この届に添えて提出する書類

1. 自動車事故証明書(自動車事故のとき)
2. 事故発生状況報告書(自動車事故のとき)
3. 負傷原因届(自動車事故以外のとき)
4. 念書
5. 診断書
6. 戸籍抄本および死亡診断書(死亡のとき)
7. 示談書の写し(示談が成立しているとき)

※ 被保険者本人が氏名を記入した場合は押印不要です。
 ※ 該当文字を○で囲み、必要事項は記入してください。

加害者の自動車損害賠償保険等の契約内容	①自賠責保険	自賠責保険の証明書番号	第 号
	自賠責保険の契約会社名およびその所在地	名称	支店・本店
		住所	〒
		電話	担当者
	保険契約者	氏名	電話
	車両保有者	氏名	電話
	保険契約期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	
	自動車の種類	車両番号	
	②任意保険	任意保険の証明書番号	第 号
	任意保険の契約会社名およびその所在地	名称	支店・本店
住所		〒	
電話		担当者	
保険契約者	氏名	電話	
車両保有者	氏名	電話	
保険契約期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日		
自動車の種類	車両番号		
③自動車事故以外のとき	損害保険契約なし・あり	(注) 契約ありのときは上記②任意保険欄を利用して、契約内容を記入する。	
示談の状況	①被害者が示談交渉を自分の契約している保険会社に依頼しているとき	自分の車両の保険会社	名称 所在地 電話 担当者
	②示談は	平成 年 月 日 成立	<示談の内容> (示談書の写しを添付する)
	成立していない	平成 年 月 日 交渉中・交渉していない	(理由)
損害賠償の請求・受領状況	①自動車事故のとき	賠償金を受領した。(円)、請求者氏名()	
	②加害者に賠償を	請求していない	
	請求したとき	請求年月日：平成 年 月 日に(口頭・文書)で請求。 治療費： 円 休業補償費： 円 その他： 円	
	受領したとき	受領年月日：平成 年 月 日に受領。 治療費： 円 休業補償費： 円 その他： 円	
健保組合の記入する欄	賠償請求は任意保険会社に一括支払請求するか?	一括支払・個別支払	

[注意事項]

1. 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
2. 訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。
3. 提出された請求書については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)