

健康保険 第三者の行為による傷病届

被害者・加害者関係	被保険者氏名	村田 健子 (村田) 印	被保険者証の記号番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇	
	現住所	〒617-85〇〇 TEL 075-〇〇〇-〇〇〇〇 京都府長岡京市長岡 〇丁目-〇〇-〇			
	被害者(受診者)が勤務している事務所	名称	株式会社 村田製作所 本社		
		所在地	〒617-8555 TEL 075-955-9111 京都府長岡京市東神足 1-10-1		
	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(第三者) ※相手方	氏名	町田 保子 (昭) 平 令	生年月日	36年 9月 19日
		現住所	〒524-〇〇〇〇 TEL 077-〇〇〇-〇〇〇〇 滋賀県守山市〇〇町〇〇番地		
加害者の勤務先	名称または氏名	〇〇産業 株式会社	事業内容又は職業	製造業	
	所在地または住所	〒530-〇〇〇〇 TEL 06-〇〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市北区〇〇〇 〇-〇〇-〇			
加害者と自動車保有者との関係	(本人) ・ 従業員 ・ 親族 ・ その他 ()				
加害者の住所氏名がわからないとき	その理由				
事故内容	傷病名	〇〇〇〇〇〇〇	発生日年月日	令和 2年 1月 10日 (午前) ・ 午後 10時 15分頃	
	発生の場所	京都市南区〇〇町〇〇			
	種別	(自動車事故) ・ バイク事故 ・ 自転車事故 ・ 殴打 ・ 刺傷 ・ その他 ()			
	事故結果	即死 ・ 入院直後の死亡 / 入院中の死亡 (死亡年月日) (治療)			
	警察官の立合	(あった) ・ ない ・ ないが届出済 わからない			
	所轄所	京都府 南 警察署	唐橋 派出所		
	過失の度合	自分がなんぶ (0、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 割)	相手がなんぶ	0、1、2、3、4、5、6、7、8、9、(10 割)	

受付日付印

この届けにそえて提出する書類	自の自動車事故は	1. 自動車事故証明書
		2. 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書
	3. 示談をしているときは示談書の写し	

◎該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

*必ず交通事故証明書(自動車安全運転センターが交付)を添付して下さい

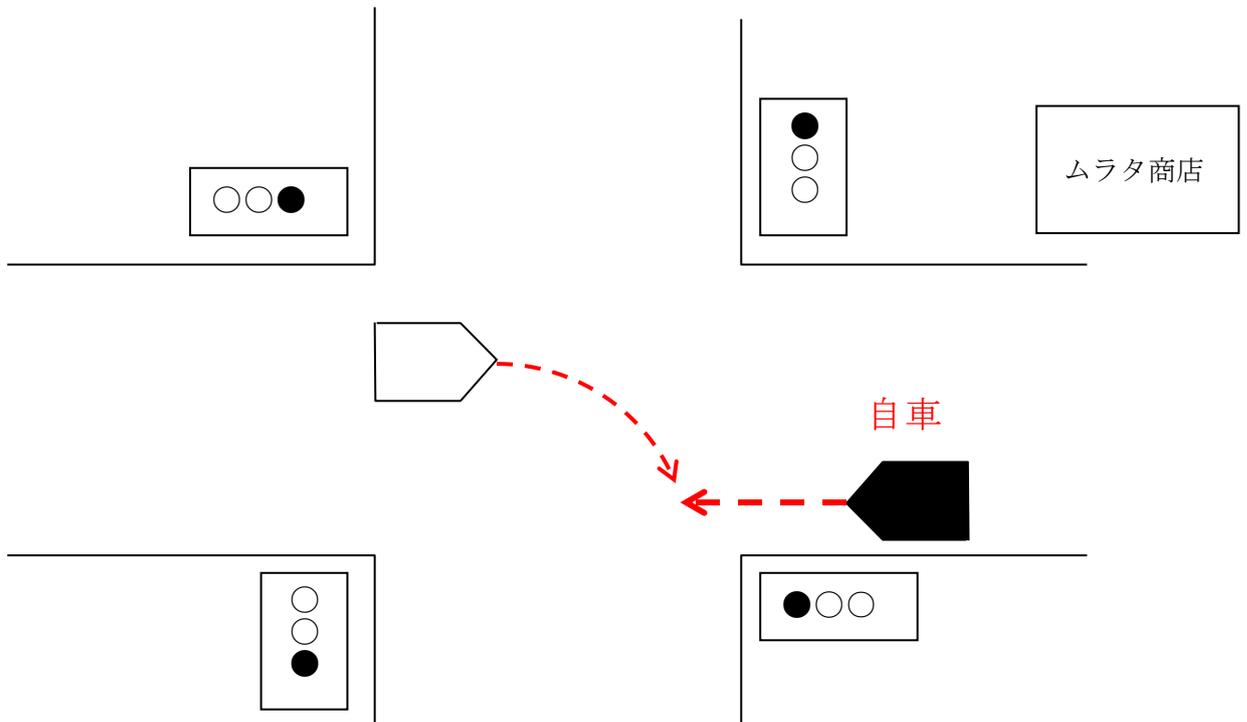
加害者の行為によって生じた事故について、加害者の行動および被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入してください。

交差点を青信号で直進していたところ、右折待ちをしていた加害者の車が急に右折してきた。急ブレーキをかけたが衝突した。

事故発生状況

事故が発生した場所の見取り図を記載してください。そして被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示してください。※店舗名など目印となるものを必ず記入してください。

事故現場の見取り図



加害者の自動車保険（自賠責又は任意）加入等状況	責任保険（自賠責）加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自：平成 31 年 1 月 1 日 至：令和 3 年 2 月 2 日	
	保険加入証明書記号・番号	ABC987654-123			
	任意保険の有無	ある・ない	会社名	〇〇火災海上保険 取扱支店名 大津支店	
			住所	滋賀県大津市におの浜 〇丁目〇-〇	
			電話番号	077-123-〇〇〇〇 担当者名 豊田	
			保険契約期間	自：平成 31 年 1 月 1 日 至：令和 3 年 2 月 2 日	
契約者	氏名	町田 保子			
	住所	〒524-〇〇〇〇 滋賀県守山市〇〇町〇〇番地			
車保有者	氏名	契約者に同じ			
	住所	〒 上に同じ			
	契約者との関係	本人			
示談状況	示談が成立 令和 年 月 日	交渉中 示談が成立していない理由	令和 2 年 2 月 1 日 現在	請求権を放棄した 令和 年 月 日 放棄した理由	
	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） しない・請求中			
損害賠償の請求および支払状況	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 { 治療中 休業補償 その他			
	第三者から損害賠償をうけたときは種別欄に治療費〇円休業補償費〇円慰謝料〇円見舞金〇円等と記入すること	損害賠償の種別	金額	受領年月日	備考
		治療費	300,000 円	年 月 日	
			円	年 月 日	
			円	年 月 日	
			円	年 月 日	
			円	年 月 日	
			円	年 月 日	
			円	年 月 日	
			円	年 月 日	
			円	年 月 日	
			円	年 月 日	

治療状況	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた ・ うけない		
	治療を受けたとき	医療機関	名称	〇〇〇 病院	
			所在地	〒 520-〇〇〇〇 (TEL) 077-〇〇〇-〇〇〇〇 滋賀県栗東市〇〇町〇-〇〇	
		支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ()		
		治療開始	令和 2 年 1 月 10 日 通院 ・ 入院		
		転帰	(令和 2 年 2 月 1 日現在) 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止		
		入院治療期間	入院 自 令和 2 年 1 月 10 日 ~ 至 令和 2 年 1 月 15 日 通院 自 令和 2 年 1 月 16 日 ~ 至 令和 年 月 日		
後遺症 治療見込	ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み 令和 年 月 日 から 約 日・月ぐらい				

*治療を受けた医療機関が複数ある場合は別紙に記入して添付

この欄は記入する必要はありません。

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 容	支給年月日	備 考
療養の給付	円	自 _____ 日間 至 _____		
療 養 費	円	マッサージ ・ コルセット 柔道整復師術 ・ 輸血		
傷病手当金	円	自 _____ 日間 至 _____		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			