

[様式第1号]

担 当	課 長	事務長	常務理事

第三者の行為による傷病届

スズキ健康保険組合理事長 殿

住所 **浜松市西区〇〇町 1-1-1**
 被保険者氏名 **健保 太郎** ㊟

被保険者証記号・番号	1 - 33333		事業所名	スズキ(株)		所属	(株)スズキ自販 〇〇		
被保険者証を利用 する者(被害者)	住所	浜松市西区〇〇町 1-1-1						TEL	053 - 592 - 0000
	氏名	健保 太郎		〇〇 歳	被保険者との続柄	本人			
事故の相手方に関する事項	自賠責保険会社名	〇〇損保			自動車種別	中型 県別 静岡			
	自賠責保険 証明書番号	第 〇〇〇-〇〇〇〇〇 号			登録番号 車台番号	静岡 580 ち 1111			
	保険期間	自 ××年 2月 25日 至 〇〇年 2月 24日			車台番号	BHO-〇〇〇〇〇			
	保険 契約者	住所	浜松市東区〇〇町 2-2-2			自動車の 保有者	住所	浜松市東区〇〇町 2-2-2	
		氏名	加害 一郎				氏名	加害 一郎	
	上記車両の任意 保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無	有の場合		保険会社名 証書番号	△△損保 第 〇〇〇-〇〇〇〇〇 号			
相手方 (運転者)	住所	浜松市東区〇〇町 2-2-2			勤務先住所	浜松市南区△△町 3-3-3		保有者 との関係	
	氏名	加害 一郎		〇〇 歳	勤務先名称	(株)△△△△ TEL 053 - 445 - △△△△		本人	

(注) 太枠欄は相手方の乗車していた車の「自賠責保険証明書」、「車検証」、「任意保険証書」により記入してください。

事故の状況 (該当する所に○を)	事故発生日	××年 6月 1日 10時 37分頃		場所	浜松市中央区鍛冶町〇-〇			
	事故発生の 具体的状況	(できるだけ具体的に記入してください。なお交通事故の場合は別紙「事故発生状況報告書」に記入してください。)						
	事故の種類	①車：車 <input checked="" type="radio"/> ②二輪：車 <input checked="" type="radio"/> ③自転車：車 ④人：車 ⑤人：二輪 ⑥殴打 ⑦その他						
	警察へ届出の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無	被保険者の場合 勤務先への届出の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無	自賠責保険求償 手続きの有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無		
	事故発生の責任	<input checked="" type="radio"/> ①相手方 <input type="radio"/> ②被保険者等 <input type="radio"/> ③わからない (およその割合(相手 : 被保険者等))						
何の用務中でした か?(具体的に)	被保険者等	買物途中			業務上か?	上・ <input checked="" type="radio"/> 外		
	事故の相手	不明			業務上か?	上・ <input checked="" type="radio"/> 外		

※この届出は、被保険者(被扶養者)が第三者の行為によってケガ等をし、健康保険で診療を受けたときに届出するものです(健康保険法施行規則65条によって被保険者は届書を提出しなければなりません)。

記載にあたってのお願い等...①ボールペンで記入、②自署は印が不要、③訂正は二重線で抹消し正しい内容を記入

受診の状況	傷病名	鎖骨骨折				
	診療を受けた医療機関と受診期間	名称	〇〇病院		期間	××年6月1日～ 年 月 日
		名称			期間	年 月 日～ 年 月 日
		名称			期間	年 月 日～ 年 月 日
		名称			期間	年 月 日～ 年 月 日
受診方法と受診期間	健康保険	自費	第三者負担	その他		
転帰	治ゆ 年 月 日・中止 年 月 日 入院中・通院中					
損害賠償の内容と支払状況	相手方との示談内容	成立済	成立年月日： 年 月 日（示談書の写しを提出のこと）			
		交渉中	交渉経過			
		未成立	理由 治療中のため			
	損害賠償金の内訳	種別	金額	受領年月日	種別	金額
	医療費		/ /	慰謝料		/ /
	休業補償費		/ /	見舞金		/ /
	葬祭費		/ /	障害補償金		/ /

記入上の注意

- 「損害賠償の内容と支払状況」欄は、この書類提出時点までに治療費等（健康保険で診療を受けた費用も含む）の費用を相手方（加害者）が全額賠償する等話し合った事項、経過及び受領内容を記入してください。
- 受診している病院等が変更になった時、又は治療が終了した時は、健康保険組合へ電話連絡をしてください。

- この届に添えて提出する書類
1. 事故発生状況報告書
 2. 自動車事故証明書（原本）
 3. 念書
 4. 誓約書
 5. 被害者が損害賠償請求権を放棄、又は免除しているときはその文書
 6. 診断書（写）
 7. 自賠責保険証書（写）
 8. 任意保険証書（写）
 9. 印鑑証明書（誓約書に添付。請求先が個人の場合は必須）
- * 交通事故の場合は1～8、その他の場合は3～6までを提出
- 同乗中の事故で相手のいる場合には、相手方だけでなく乗っていた車の分も提出

* 第三者行為による当健保組合立替分の医療費を請求するに当り、損保会社等相手方に病院等からの請求書の写しを請求金額の証拠書類として添付します。添付することに同意の上、この届出を提出ください。