第三者の行為による傷病届

常務理事	担当者	担当者

<table>
<tr><td rowspan="5">負傷者</td><td>被保険者等
記号・番号</td><td></td><td></td><td>所属
事業所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>被保険者氏名</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>被保険者の住所</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>負傷者が被扶養者である時</td><td>氏名</td><td colspan="4">昭・平・令　　年　　月　　日生</td><td>続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>傷病名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">令和　　年　　月　　日診療開始
そのまま入院　・　通院</td><td colspan="3">即　　死
入院中死亡　令和　　年　　月　　日
退院後死亡</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>負傷（発病）の状況</td><td>いつ　令和　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分　ごろ
どこで
（ところ・番地、場所など）
どんな目的で

何をしていてどうなったか</td><td>負傷現場の見取図

</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6">受診した病院名等</td><td>医療機関名称（TEL）</td><td>所在地</td><td colspan="4">治療期間　入院・通院</td><td>診療費の支払方法</td></tr>
<tr><td>（TEL　　　　　）</td><td></td><td>入院</td><td>から
まで</td><td>通院</td><td>から
まで</td><td>健保・自賠・自費
その他（　　　）</td></tr>
<tr><td>（TEL　　　　　）</td><td></td><td>入院</td><td>から
まで</td><td>通院</td><td>から
まで</td><td>健保・自賠・自費
その他（　　　）</td></tr>
<tr><td>（TEL　　　　　）</td><td></td><td>入院</td><td>から
まで</td><td>通院</td><td>から
まで</td><td>健保・自賠・自費
その他（　　　）</td></tr>
<tr><td colspan="7">令和　　年　　月　　日現在　治癒・中止　　治癒見込み　　令和　　年　　月　　日から約　　月・日</td></tr>
<tr><td colspan="7">後遺症　　　　のこらない　・　のこる（どの程度）</td></tr>
</table>

上記の通りお届けします。

令和　　年　　月　　日

被保険者
氏　名　　　　　　　　　　㊞

日本板硝子健康保険組合

理　事　長　殿

加害者の状況について、記入してください。

<table>
<tr><td rowspan="13">加害者／加害者が二人以上または同乗者有の場合、B欄に記入</td><td>加害者氏名
A</td><td colspan="2">昭・平・令　　年　　月　　日生</td><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>業務の種類</td><td></td></tr>
<tr><td>勤務先の名称</td><td colspan="3"></td><td rowspan="3">自動車保有者</td><td>氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>事業主 個人企業の時</td><td colspan="3"></td><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所　在　地</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">加害者との関係</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">加害者はどこからどこへどういう用務、目的で走行していましたか</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>加害者氏名
B</td><td colspan="2">昭・平・令　　年　　月　　日生</td><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>業務の種類</td><td></td></tr>
<tr><td>勤務先の名称</td><td colspan="3"></td><td rowspan="3">自動車保有者</td><td>氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>事業主 個人企業の時</td><td colspan="3"></td><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所　在　地</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">加害者との関係</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">加害者はどこからどこへどういう用務、目的で走行していましたか</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">加害者が不明のときはその理由</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">警察への届出</td><td colspan="4">届出済　・　届出なし　・　わからない　・　所轄署　　　　　　　　　　警察署／派出所</td></tr>
<tr><td>事故証明書</td><td>もらっている　・　もらっていない</td><td>その他</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="8">自動車で事故が生じたとき／加害者分</td><td colspan="3">自動車損害賠償責任保険</td><td colspan="2">加入している
加入していない</td><td>契約期間</td><td colspan="3">自　令和　　年　　月　　日
至　令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">任　意　保　険</td><td colspan="2">加入している
加入していない</td><td>契約期間</td><td colspan="3">自　令和　　年　　月　　日
至　令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">保険会社の名称</td><td>自賠</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>任意</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>保険加入証書記号番号</td><td>自倍保険</td><td colspan="3">第　　　　号</td><td>任意保険</td><td>第　　　　号</td><td colspan="2">第　　　　号</td></tr>
<tr><td colspan="2">加入者氏名</td><td></td><td>種別</td><td></td><td>車台番号</td><td></td><td>登録番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">保険金(賠償金)の請求</td><td>した・しない</td><td>請求者氏名</td><td></td><td>請求年月日</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">保険金(賠償金)受領額</td><td colspan="4"></td><td colspan="3">令和　　年　　月　　日受領</td></tr>
</table>

〔備考〕

① この届出書は、被保険者または被扶養者が第三者に対して損害賠償請求権を有する場合に、この事故の治療のため、保険給付した額について、健保組合が直接第三者に対して損害賠償請求するときの資料にするものです。

② 必ず、事故発生後 50 日以内にこの届出書に次の書類を添えて提出してください。

a. 交通事故証明書、b. 同意書、c. 診断書