

- 1 事故発生状況報告書
- 2 自動車事故証明書
- 3 診断書
- 4 死亡のとき死亡診断書
- 5 示談成立のとき示談書の写

常務理事	事務長	係

受付日

健康保険 第三者の行為による負傷届

本人・家族

被害者・加害者・関係	被保険者証 記号・番号	110 ・ 1000	氏名	昭和太郎 印	事業所名	〇〇〇株式会社 〇〇工場 〇〇課
	被扶養者が 受けた事故 であるとき	被扶養者の 氏名	昭和花子	続柄	妻	所 属 職 場 の 電 話 番 号
加害者 関 係	加害者に 関すること	氏名	山本寛太	生年月日	〇 年 〇 月 〇 日	
	住所	〒 0000-0000		TEL	0485 - 00 - 0000	
	事業の内容 又は職業	事業の名称 又は勤務先		〒 TEL - -		
加害者が不 明のとき	その状況 又は理由					
事 故 の 種 別 内 容	傷病名	右顔面打撲、鎖骨骨折		事故発生年月日 及び時刻	令和 〇 年 〇 月 〇 日 午前・午後 6 時 0 分頃	
	事故の結果	治療中・治癒・死亡				
	発生場所	埼玉県深谷市岡部町〇-〇				
	種別	自動車による事故・バイクによる事故・殴打・刺傷・その他 他損 ・自損 ()				
内 容	警察官立会 いの有無	あった・なかった なかったが届け出済み・不明		所轄の警察署	〇〇 警察署	〇〇 派出所
	過失の度合	自分	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		公私 の別	私用 勤務中・通勤途上
		先方	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0			

治療の状況	この事故で医師の治療を受けたことの有無		<input checked="" type="radio"/> 受けた・受けない (受けたときは下の欄にご記入ください。)	
	医療機関	名称	〇〇〇〇病院	
		所在地	〒 〇〇〇〇〇〇 TEL 0485-00-0000 埼玉県深谷市本町〇-〇-〇	
	治療費の支払い方法	<input checked="" type="radio"/> 健康保険を使った <input type="radio"/> 加害者が負担した <input type="radio"/> 自費で支払った <input type="radio"/> その他 ()		
	治療開始日	平成 22年 0月 0日	入院の有無	<input checked="" type="radio"/> 入院した・入院していない
	現在の状況	令和 〇 年 〇 月 〇 日現在 <input checked="" type="radio"/> 通院加療中(リハビリを含む)・入院加療中・治癒		
	治療期間(現在まで)	入院	自・令和 〇〇年 〇月 〇日～至・令和 〇〇年 〇〇月 〇日間	
		通院	自・令和 〇〇年 〇月 〇日～至・令和 〇〇年 〇〇月 〇日間	
	後遺症の状況	残っている・ <input checked="" type="radio"/> 残りそうた・ない・ないと見込める・不明		
治癒又は症状固定までの見込み	令和 年 月 日より約 〇 月 〇 日程度と見られる。 年			

加害者の自賠責保険加入状況	自動車損害賠償保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> 加入している・ <input type="radio"/> 加入していない	保険契約加入期間	自・ 年 月 日 至・ 年 月 日	
	保険加入の証明書番号	第12345号		保険契約者の氏名又は名称	山本寛太
	(強制保険) 契約保険会社	名称	千代田火災海上保険(株)		
		所在地	〒 0000-0000 TEL 0485-00-0000 埼玉県深谷市本町〇-〇-〇		
任意保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> 加入している・ <input type="radio"/> 加入していない	保険の種類及び限度額	〇〇〇〇〇		
任意保険加入の契約保険会社	名称	千代田火災海上保険(株)			
	所在地	〒 0000-0000 TEL 0485-00-0000 埼玉県深谷市本町〇-〇-〇			

示談の状況	示談が成立	令和 年 月 日成立(示談書の写を添付してください。)
	交渉中	令和 年 月 日現在(交渉の状況と争点を簡略に記入してください。)
	成立の見込みが立たない	令和 年 月 日現在(成立しない主たる原因を記入してください。)
	請求権を放棄したときはその日付と理由	令和 年 月 日