

第三者の行為による傷病届

神栄健康保険組合御中

下記の関係書類を添えて提出致します。

1. 事故発生状況報告書
2. 自動車事故証明書（自動車事故の人身事故の場合）
3. 同意書
4. 人身事故証明書入手不能理由書（物損事故で届けた時）

理事長	常務理事	担当

提出日：2021年10月13日

届出者	被保険者証記号・番号	29 0000	被保険者氏名	神栄 乙太	職種	経理事務		
	勤務先事業所名	神栄(株)本社	勤務先所在地	神戸市中央区京町77番地の1				
	事故区分	被害者・加害者・自損事故・その他（ ）						
(被害者)	氏名	神栄 乙太	男	40歳	届出者との関係(続柄)	本人	生年月日	1982年4月1日
	住所	大阪市〇〇区△△1丁目□-□□					電話番号	06-1234-5678
	事故内容	自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・殴打・刺傷・その他（ ）						
	警察への届出有無	有：人身事故・物損事故 ※注1（ ○× 警察署） 無：（理由 ）						
(加害者)	氏名	健保 甲太	男	64歳	住所	大阪市〇〇区△△2丁目□-■	電話番号	072-123-4567
	勤務先又は職業	〇〇食品	所在地	大阪市〇〇区△△2丁目□-■		電話番号	072-123-4567	
加害者が不明の理由								
事故発生年月日			2020年10月10日		事故発生時刻	午前	午後	1時30分
事故発生住所(場所)								
過失の割合		(自分) 被害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			(相手) 加害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	
労災保険対象の確認		<input checked="" type="checkbox"/>	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (決まり次第ご連絡ください (決まっている場合は記入してください))					
傷病が交通事故による任意保険								
傷病が交通事故による任意保険	自賠責	保険会社名	〇〇保険株式会社		取扱店所在地	大阪市北区梅田1丁目〇-〇-1		
	関係	保有者との	健保 甲太		住所所在地	大阪市〇〇区△△2丁目□-■		
		加害者との	自動車種別	軽自動車		都道府県	大阪府	登録番号
	関係	加害者との	車体番号			自賠責証明書番号	ABCD12345-XYZ	
	関係	加害者との	保険期間(年月日)	2019年12月1日～2020年11月30日				
	関係	加害者との	自動車の保有者名	健保 甲太		住所所在地	大阪市〇〇区△△2丁目□-■	
任意保険	関係	加害者との	本人					
	関係	保険会社名	□□□□火災海上(株)		取扱店所在地	大阪市北区梅田2丁目〇-〇-2		
		担当者名	損保 一郎	電話番号	06-0000-0000	Eメール	****@***.****.***	
	関係	保険契約者名	健保 甲太		住所所在地	大阪市〇〇区△△2丁目□-■		
	関係	契約証書番号	XXX-123456789-XZ					
	関係	保険期間(年月日)	2019年12月1日～2020年11月30日					
関係	任意一括について	有	無	※任意一括とは、自賠責保険だけの対応ではなく、任意保険会社が対応している場合です。				
被害者加入の保険会社関与の有無		有	無	※注2	〇△□損保(株) 保険 次郎 TEL:080-1111-1234			

※注1物損事故で処理した場合、別途「人身事故証明書入手不能届」の提出を求める場合があります。

※注2 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入してください。

治療状況 (治療順) ※注3	①	診療機関名	大阪〇〇病院	入院	年 月 日 ~ 年 月 日	自費・加害者負担・自賠償・健康保険
		住所 TEL	大阪市北区梅田〇丁目 1-2-3	通院	2020年 10月 10日 ~ 2020年10月 10日	自費・加害者負担・自賠償・健康保険
	②	診療機関名	大阪△△病院	入院	2020年 10月 11日 ~ 2020年11月 15日	自費・加害者負担・自賠償・健康保険
		住所 TEL	大阪市淀川区〇〇3丁目 1-2-3	通院	2020年 10月 10日 ~ 年 月 日	自費・加害者負担・自賠償・健康保険
	③	診療機関名		入院	年 月 日 ~ 年 月 日	自費・加害者負担・自賠償・健康保険
		住所 TEL	()		月 日 ~ 年 月 日	自費・加害者負担・自賠償・健康保険

不明な場合は記入不要です

治療見込み
(治療終了日)

年 月頃
(年 月 日終了)

(注)治療費の支払い区分を医療機関に確認して○で囲んでください。
治療が終了しているときは、最終受診日をご記入ください。

休業補償	休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつける)
	ア 加害者が負担 イ 職場から支給 ウ 自賠償へ請求 エ 社会保険へ傷病手当金の請求予定 オ その他 (被害者加入の人身傷害保険へ請求など)

損害賠償 示談の状況	示談又は和解(該当に○をつける) ※示談している場合は、示談書の写しを添付すること
	した ・ 交渉中 ・ しない(理由) 加害者や損害保険会社からの仮渡金・治療費・付添料などもらった場合や示談・話し合いの状況を具体的に記入すること。

損害賠償 の支払 状況	【受領日・金額】	【受領したものの名目】
	月 日 円	()
	月 日 円	()

受領済みのものがあれば
ご記入ください

交通事故以外の被害行為(飼犬等の咬傷を含む)の場合は、事故発生状況を下欄に具体的に記入してください。 □

※交通事故の場合はこの欄に記入せず、事故状況発生報告書に記入してください。

(事故発生状況)

交通事故の場合は別紙に記入しますので、交通事故以外の時に記入が必要です。

※注3 健康保険を使用して受診された場合の治療費(自己負担分を除く)は健保組合が一旦立替支払い、治療完了後に加害者の加入する保険会社に請求しますので、必ず取扱い保険会社名・住所・電話番号を必ず記入してください。