

健康保険

第三者の行為による傷病届

被害者関係	被保険者等記号・番号		氏 名		印
	住 所	〒 Tel () -			
	勤務先名				
	住 所	〒 Tel () -			
	該当者名		続柄		
加害者関係	氏 名		生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日
	住 所	〒 Tel () -			
	勤務先名				
	住 所				
事故内容	傷病名		発生年月日		年 月 日
	発生場所				
	種 別	自動車事故 ・ バイク自転車事故 ・ その他()			
	事故結果	死亡(年 月 日) ・ 治 療			
	警察立会	あった ない ないが届出済 わからない			
	所轄署	警察署		派出所	
	過失割合	自 分 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		相手方 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	

※添付書類

○自動車事故の場合

1. 自動車事故証明書
2. 事故発生状況報告書
3. 診断書
4. 死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書

○示談をしている場合

1. 示談書の写し

受付印

	加害者の行動及び被害者の行動をわかりやすく、詳細に記入してください。				
事故発生状況					
加害者保険加入状況	①自賠償保険加入の有無	有 ・ 無	保険契約期間	自	年 月 日
				至	年 月 日
	保険加入証明記号番号			契約者氏名	
	契約保険会社名称				
	契約保険会社所在地	〒			
		Tel () -			
	②任意保険加入の有無	有 ・ 無	保険契約期間	自	年 月 日
				至	年 月 日
	保険加入証明記号番号			契約者氏名	
	契約保険会社名称				
契約保険会社所在地	〒				
	Tel () -				
示談状況	示談内容(成立していない場合、途中経過を記入してください)				年 月 日 成立
治療状況	医療機関名				
	所在地	〒			
		Tel () -			
況	治療開始日	年 月 日 入院 ・ 通院			

念 書

日 時	
場 所	
加害者氏名(甲)	
被害者氏名(乙)	

上記の日時と場所で、加害者(甲)の不法行為により被った、被害者(乙)の傷病について、健康保険法第67条(損害賠償請求権の代位取得)に基づき、河北新報健康保険組合から請求があったときは、遅延なく納入いたします。

年 月 日

河北新報健康保険組合理事長 様

加害者住所

加害者氏名

