

第三者の傷害(含自損行為)による傷病届

その1

オカモト健康保険組合 殿

標記の件下記の通り届出致します

年 月 日

(本人・家族)

(注意)
イ.事故発生後3日以内に健保組合に
口頭又は、電話で連絡願います。
ロ.本病傷病届は、事故発生日後20日
以内に事業所経由健保組合に關係
書類添付の上提出願います。
なお、上記イ. ロ. の手続がない場合
は、保険診療が受けられないことが
あります。

イ. 添付書類
(1) 自動車安全センター発行の交通事故証明書を提出する時は、交通事故証明書並びにあなたの念書
(2) やむなく届出以前に示談成立している時は、示談書(写)
(3) 治療に保険証を私用する時は、診断書並びに当組合にその費用を支払うという加害者の念書
ロ. 単独事故の場合は
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ 欄のみ記入してください

① 被保険者証の	記号		② 被保険者の氏名				③ 男・女		
	番号		現住所						
④ 被保険者の勤務している事業所		名称				電話	()		
		所在地	〒						
⑤ 事故が被扶養者の時		氏名		男女	大・昭・平	・	生	続柄	
⑥ 事故内容		種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・けんか・スポーツ中・その他()						
		区分	業務上・通勤(帰宅)途上・私用・その他()						
		形態	運転・同乗・歩行・その他()						
		内容	即死・療養後死亡(死亡日・・)・療養中(全治 ヶ月)・治癒						
		傷病名							
		発生年月日	年		月	日	午前午後	時	分
		発生場所							
		発生の責任は主として	相手方(加害者)・当方・双方(過失割合 当方 : 相手 :)						
⑦ 相手方(加害者)の	フリガナ						電話	()	
	氏名								
	同上住所	〒							
	勤務先事業所						電話	()	
	フリガナ								
	同上事業主氏名、代表者氏名								
	同上勤務先所在地	〒							
	業務上外の区分	業務上・業務外							
		未成年者の時は親権者の住所・氏名	(住所) 〒 (氏名)						
		氏名・住所等わからない時は理由							
決裁	年月日	理事長	常務理事	事務長	係				
事業所欄	事故報告年月日	年	月	日					
	事業所長	部課長	係						

見取図は、事故発生現場の見取図を記載し、相手の行動を赤線で表示すること。当方と

事故発生状況は、当方が何用の為、どのようにしていたとき、相手方がどのようにして事故を生じたか、当方の行動、相手方の行動を具体的に詳しく順序を追って記載し、事故発生現場に居合わせないものが読んでもわかるように記載すること。

[illegible]

⑩ 事故発生の際警察官等立ち会って調査をしましたか。			調査した 調査しない	
調査したときは その者	氏 名			
	所 属	警 察 署		係 派 出 所
⑪ その傷病について医師、歯科医師、柔道整復師等の治療を受けましたか。			受けた 受けない	
治療を受けた時は	医療機関の名称			
	所 在 地	TEL		
	治 療 開 始	年 月 日 から 入 院 ・ 通 院		
	支 払 方 法	健康保険使用 ・ 相手方負担 ・ 当方負担(金額 % 負担)		
		その他()		
	後 遺 症	あ る ・ ある見込 ・ な い ・ ない見込		
今後の治療見込	年 月 日から	日 月	くらい	入 院 通 院
⑫ 相手方に対する 損害賠償の 請求について	請求しましたか	し た ・ し ない ・ 予 定 年 月 頃		
	請求したときはその 年月日と方法	年 月 日 口 頭 ・ 文 書		
	請求しない時は その理由			
⑬ 相手方に対する 損害賠償の 放棄について	損害賠償請求権を 放棄しましたか	し た ・ し ない		
	損害賠償請求権を 放棄した時は、そ の理由及びどの様 な方法で意思表示 したか			
⑭ 相手方との間の 示談について	示談が成立していますか		い る ・ い ない	
	成立している時は、その年月日(示談書(写)添付のこと)		年 月 日	
⑮ 相手方から損害 賠償を受けた時 は、 〔見舞品を受 けたときは 名称・価格〕	損 害 賠 償 の 種 別	金 額	受 領 年 月 日	備 考
		円		

示談する際は前以って健保に連絡のこと

⑯ 相手方(加害自動車)の加入している自動車賠償責任保険(自賠責)について									
加入保険会社名									
証 明 書 番 号		第 号		保有者 〔使用者〕	住 所		〒		
保険契約者	住 所	〒			氏 名				
	氏 名				連 絡 先		電話 ()		
	連 絡 先	電話 ()			契約者との関係		本 人・譲受人・その他()		
自 動 車	車 種			運 転 者	住 所		〒		
	登 録 番 号 車 輛 番 号 (プレートナンバー)				氏 名				男 女
	車 台 番 号				連 絡 先		電話 ()		
	保 險 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日 カ月		保有者との関係		本 人・従業員・親族(続柄) その他()		
					職 業				
⑰ 相手方(加害自動車)の加入している任意保険(対人賠償責任保険)、その他の損害賠償責任保険について									
加入保険会社名				保 險 額		無 制 限 ・ 万円			
証 明 書 番 号		第 号		保有者 〔使用者〕	住 所		〒		
保険契約者	住 所	〒			氏 名				
	氏 名				連 絡 先		電話 ()		
	連 絡 先	電話 ()			契約者との関係		本 人・譲受人・その他()		
保 險 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日							
損 害 賠 償 金 支 払 請 求 先 (取り纏め窓口)			自 動 車 賠 償 責 任 保 險			任意保険(対人賠償責任保険)			
		所在地 名 称 担当課 担当者 T E L							

備 考