

健康保険 第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その1)

被害者・加害者関係	証記号と番号	記号	氏名	印		
	被保険者氏名	番号	現住所			
	被保険者が勤務している事業所	名称				
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名		被保険者との続柄		
	加害者	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
		現住所				
	加害者の勤務先	名称又は氏名		事業内容又は職業		
		所在地又は住所				
加害者の住所氏名が判らないとき	その理由					
事故内容	傷病名		発 生 年 月 日	年 月 日 午前・午後 時 分頃		
	発生の場所					
	種別	自動車事故・バイク事故・殴打・自転車事故・刺傷・その他()				
	事故結果	即死・入院直後の死亡(死亡 年 月 日)・治療入院中の死亡				
	警察官の立ち会い	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	
	過失の度合	自分 が なん ぶ		相 手 が なん ぶ		
0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10		0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10				

◆該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

この届に添えて提出する書類	自 事 動 車 故	・自動車事故証明書 ・事故発生状況報告書 ・診断書
	死 亡	・戸籍謄本 ・死亡診断書
	示談をしているとき ・示談書の写し	

受付日付印

健康保険 第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その2)

示談状況	示談が成立		交渉中		平・令 年 月 日 現在		請求を放棄した			
	平・令 年 月 日		成立していない				平・令 年 月 日			
			示談が成立していない理由							
損害賠償の請求および支払状況	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は		した（請求者名 ） ・ し ない ・ 請 求 中							
	加害者に対する損害賠償の請求		年 月 日		治療費		円			
			していない ・ した		休業補償		円			
			口頭 ・ 文書		その他		円			
	第三者（加害者）から損害賠償をうけたとき	損害賠償の種類		加害者直接賠償 ・ 保険会社からの賠償						
		賠償金の内訳	治療費（入院費を含む）						円	
			休業補償費		自 平・令 年 月 日 1日につき		円			
					() 日分					
					至 平・令 年 月 日 計		円			
			葬 祭 費						円	
慰 籍 料							円			
見 舞 金							円			
障 害 補 償 費							円			
そ の 他						円				
合 計						円				
受領方法 および年月日	全 額		平 ・ 令 年 月 日 受 領							
	分 割 () 回払	第 1 回	円		年 月 日		受領			
		第 2 回	円		年 月 日		受領			
		第 3 回	円		年 月 日		受領			

オリエントコーポレーション健康保険組合

第 三 者 の 行 為 ・ 傷 病 届 そ の 2

健康保険 第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その3)

治 療 状 況	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた ・ うけない	
	治 療 を う け た と き	医 療 機 関	名 称	
			所 在 地	Tel ()
		支 払 方 法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ()	
		治 療 開 始	平・令 年 月 日 入院 ・ 通院	
		転 帰	(平・令 年 月 日 現在) 入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止	
		入院治療期間	入院 自 平・令 年 月 日 ～ 至 平・令 年 月 日 通院 自 平・令 年 月 日 ～ 至 平・令 年 月 日	
		後 遺 症	あ る ・ ある見込 ・ な い ・ ない見込	
治 療 見 込	平・令 年 月 日から 約 日 月 くらい			

治療した医療機関が2件以上ある場合、記入してください。

治 療 状 況	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた ・ うけない	
	治 療 を う け た と き	医 療 機 関	名 称	
			所 在 地	Tel ()
		支 払 方 法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ()	
		治 療 開 始	平・令 年 月 日 入院 ・ 通院	
		転 帰	(平・令 年 月 日 現在) 入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止	
		入院治療期間	入院 自 平・令 年 月 日 ～ 至 平・令 年 月 日 通院 自 平・令 年 月 日 ～ 至 平・令 年 月 日	
		後 遺 症	あ る ・ ある見込 ・ な い ・ ない見込	
治 療 見 込	平・令 年 月 日から 約 日 月 くらい			

オリエントコーポレーション健康保険組合

損害賠償責任保険契約内容（相手方の車両）

1. 自動車・バイク事故の場合

		自 賠 責 保 険	任 意 保 険（対 人）
保 険 会 社 名 称			
証 書 番 号			
保 険 契 約 期 間		自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日（12 ヶ月）	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日（12 ヶ月）
契 約 者	住 所	〒 TEL	〒 TEL
	(フリガナ) 氏 名		
保 有 者	住 所	〒 TEL	〒 TEL
	(フリガナ) 氏 名		
取 扱 窓 口	住 所	〒 TEL	〒 TEL
	名 称		
	(フリガナ) 氏 名		
契約者と運転者の関係		本人・従業員・親族・その他()	本人・従業員・親族・その他()

2. 自動車・バイク事故以外の場合

保 険 会 社		名 称	種 別	
		証書番号		
保 険 契 約 期 間		自 平・令 年 月 日・至 平・令 年 月 日（ ヶ月）		
契 約 者	住 所	〒 TEL		
	(フリガナ) 氏 名			
取 扱 窓 口	所 在 地	〒 TEL		
	名 称		(フリガナ) 担当者	

3. 健康保険組合が負担する診療費の求償窓口について

請求書送付先窓口

保険会社・センター名	
所 在 地	〒 TEL
担当者名又は担当部署	