

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	被保険者証 記号と番号	記号 11	氏 名	後 藤 太 郎		
	被害者が勤務している事業所	第1000号	現住所	〒228-0000 相模原市中鶴間1111-2		
	被害者が勤務している事業所	名 称	(株)ユニマツト〇〇〇 総務部			
	被害者が勤務している事業所	現 在 地	東京都港区南青山2-12-14ユニマツト青山ビル TEL (03)0000-0000			
	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	中 村 一 郎	生年月日	昭和 平成 45年 6 月 18 日	
		現 住 所	相模原市田名2-3-14 TEL (0427)00-0000			
加害者の勤務先	名称又は氏名	(株)ABC	事業内容又は職業	OA機器販売		
	所在地又は住所	町田市原町田3-2-1 TEL (0427)00-0000				
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	胸部打撲 頸椎捻挫他		発 生 年月日	令和 元 年 2 月 15 日 午前・(後) 3 時 00 分頃	
	発 生 の 場 所	国道16号線淵野辺十字路交差点				
	種 別	(自動車事故)・バイク事故・殴打・その他 () 自転車事故・刺傷				
	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 合	(あった)・ な い ・ ないが届出済 ・ わからない				
	所 轄 署	相模原 警 察 署		派 出 所		
	過 失 の 度 合	自 分 が な ん ぶ		相 手 が な ん ぶ		
	①, 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	自のときは 自動車事故	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および死亡診断書
		5 示談をしているときは示談の写

受付日付印

○ 自動車事故であって「事故発生状況報告書」を、この届に添えて提出するときは、この頁に記入する必要はありません。

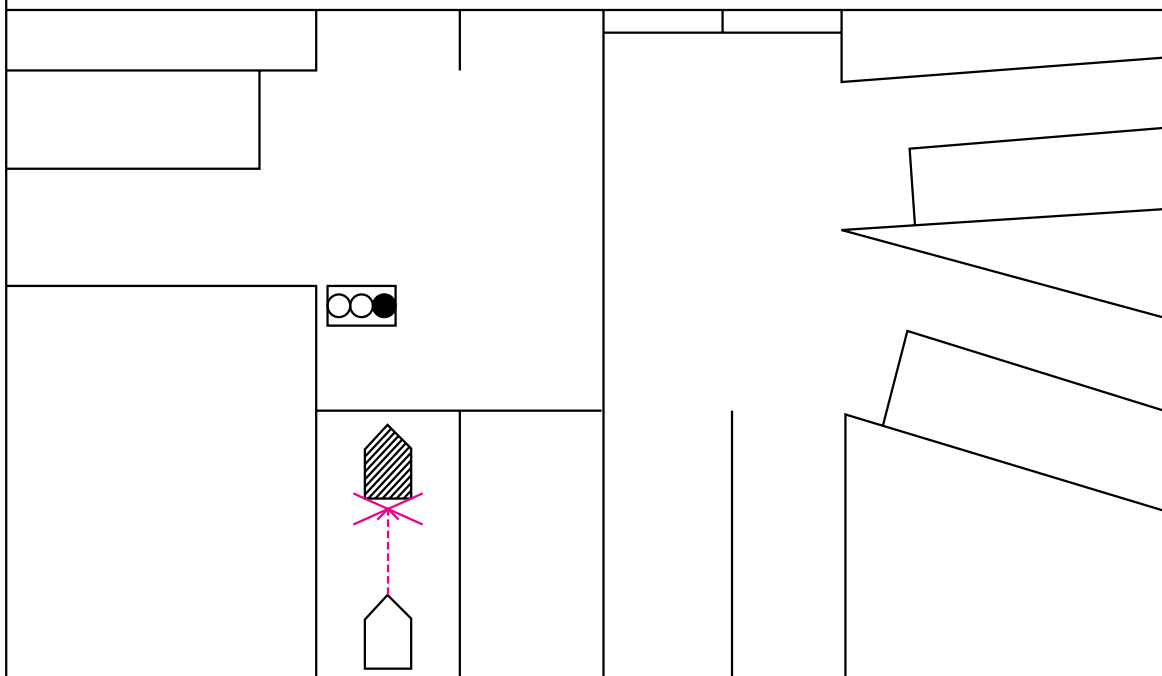
事故発生状況

加害者の行為によって生じた事故について加害者の行動および被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入してください。

国道16号線渕野辺十字路交差点に於て、自車が赤信号の為信号待ちをしていた所、後続車（加害者）が脇見運転をしていた為、自車の発見が遅れ急ブレーキをかけてもまにあわず、自車の後部に追突したものである。

事故現場の見取図

事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示して下さい。



(その2)

加害者の加入状況	責任保険加入の有無	ある・ない		保険契約期間	自令和元年12月23日 至令和3年12月23日						
	保険加入証明番号	第Y-6097699-3号		契約者名氏	中村一郎						
	契約保険会社	名称	安田火災海上保険(株)								
所在地		千代田区丸ノ内2-4-1 TEL ()									
示談状況	示談が成立したかどうか	交渉中		令和元年2月25日現在			請求権を放棄した年月日				
	成立していない年月日										
	示談が成立しない理由	事故直後の為			放棄した理由						
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 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	自令和 年 月 日1日につき 日分							円
				至令和 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	令和 年 月 日受領									
	分割払	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								

治療状況をうけたとき	この事故で医師の治療を受けましたか		う け た ・ う け な い	
	医 療 機 関	名 称	北里大学病院	
		所在地	相模原市麻溝台1-1-1 TEL (0427) 〇〇 - 〇〇〇〇	
	支 払 方 法		(健康保険)・加害者負担・自 費・(その他)(自賠償)	
	治 療 開 始		令 和 元 年 2 月 15 日 (入 院) 通 院	
	転 帰		(令 和 元 年 2 月 25 日 現在) 現在入院中・(通院加療中)・治 癒・中 止	
	入院治療期間		入院 自 令和 元 年 2 月 15 日～至 令和 元 年 2 月 21 日 通院 自 令和 元 年 2 月 25 日～至 令和 年 月 日	
	後 遺 症		あ る ・ (ある見込) ・ な い ・ ない見込	
治 療 見 込		令 和 元 年 2 月 15 日から 約6ヶ月 ぐらい		



この欄は記入する必要ありません

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支給年月日	備 考
療 養 の 給 付	円	自 _____ 日間 至 _____	・	
療 養 費	円	マッサージ、コルセット、 柔道整復施術、輸血		
傷 病 手 当 金	円	自 _____ 日間 至 _____		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			