

第三者行為による傷病届

組合名:協和キリン健康保険組合

(その1)

被害者	被保険者	記号	フリガナ			
		番号	氏名	昭・平 年 月 日生 (才)		
	現住所	〒 ー TEL ()				
	被保険者の勤務先	事業所名	TEL ()			
	被扶養者が被害者であるとき	フリガナ				続柄
氏名		昭・平・令 年 月 日生 (才)				
現住所		〒 ー TEL ()				

事故相手	加害者	フリガナ			
		氏名	昭・平 年 月 日生 (才)		
		現住所	〒 ー TEL ()		
加害者の住所氏名が不明の場合その理由					

事故の内容	事故発生日・場所	事故日時	平・令 年 月 日 ()		午前 午後 時 分頃	
		場所				
	事故発生時の状況	被保険者又は被扶養者	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外 ()			
		加害者(事故相手)	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外 ()			
	所轄警察署	警察に届出済(＊)・届出なし・不明		名称	警察署	

示談状況	示談は成立していますか	成立している	平・令 年 月 日	成立
		成立していない・交渉中	平・令 年 月 日	現在
	成立していない場合はその理由			
請求権を放棄した場合	平・令 年 月 日	理由		

※ この届には次の書類を添付してください。

- ①事故発生状況報告書
- ②同意書
- ③事故証明書の原本 又は(写)

＊ 物損事故で処理した場合、別途「人身事故証明入手不能理由書」の提出を求める場合があります。

受付印

(その2)

組合名:協和キリン健康保険組合

加害者（相手方）の賠償保険加入状況	自動車保険	自賠責保険	保険会社名			担当者		
			所在地	〒 ー TEL ()				
			登録番号			車台番号		
			契約期間	年 月 日 ～ 年 月 日		フリガナ		
			証明書番号			契約者		
		任意保険	保険会社名			担当者		
			所在地	〒 ー TEL ()				
			契約期間	年 月 日 ～ 年 月 日		任意一括 *注	有 ・ 無	
			証明書番号					
	個人賠償責任保険等	保険会社名			担当者			
		所在地	〒 ー TEL ()					
		契約期間	年 月 日 ～ 年 月 日		フリガナ			
		証明書番号			契約者			
被害者の人身傷害保険		加入の有無	保険会社名		担当者			
		有 ・ 無						

*注 任意一括とは、自賠責保険を含めて任意保険会社が一括して対応している場合です。

治療状況	診療機関名／ 治療開始日／ 電話番号	診療機関名	治療開始日	平・令	年 月 日
	所在地	〒 ー 入院の有無 (有 ・ 無) TEL ()			
	診療機関名／ 治療開始日／ 電話番号	診療機関名	治療開始日	平・令	年 月 日
	所在地	〒 ー 入院の有無 (有 ・ 無) TEL ()			
	治療費の支払い方法		健康保険・被害者負担・加害者負担(自賠責支払)・その他()		

損害賠償	相手方に対する損害賠償の請求状況	すでに請求済 ・ 現在のところ未請求
	相手方からの損害賠償金等の受領状況	受領済 ・ 受領していない