

健康保険法施行規則第52条の規定により届け出ます。

第三者行為による傷害事故届

届出者	被保険者記号	被保険者番号	被保険者 氏名		
	記号番号が分からない場合は マイナンバーを記入				
	事業所名 (勤め先)				
被害者 (受診者) 乙	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	続柄	
	事故内容	自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・殴打・刺傷・その他 ()			
	警察への届出有無	有 : 人身事故・物損事故 (警察署) 無 : 理由 ()			
加害者 (第三者) 甲	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳		
	住所	〒 - TEL ()			
	勤務先	所在地			
加害者が不明の理由					
事故発生	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分	<input type="checkbox"/> 勤務・通勤中 <input type="checkbox"/> 私用の時間中	
発生場所					
過失割合	(自分) 被害者	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10			
	(相手) 加害者	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10			
[傷病が交通事故によるとき] 事故の相手の自動車保険加入状況					
自賠責 保険	保険会社名	取扱店 所在地	〒 TEL ()		
	保険契約者名 (名義人)	加害者との関係			
	自賠責証明書番号	保険期間	自 年 月 日 至 年 月 日		
任意保険	保険会社名	取扱店 所在地	〒 TEL ()		
	保険契約者名 (名義人)	任意一括について 有 ・ 無			
	契約証書番号	保険期間	自 年 月 日 至 年 月 日		

被保険者氏名



治療状況 (治療順)	①	名称	入院	年 月 日から 年 月 日まで	
		所在地	通院	年 月 日から 年 月 日まで	
	②	名称	入院	年 月 日から 年 月 日まで	
		所在地	通院	年 月 日から 年 月 日まで	
	③	名称	入院	年 月 日から 年 月 日まで	
		所在地	通院	年 月 日から 年 月 日まで	
治癒見込み (治療終了日)		年 月 頃 (年 月 日終了)			
示談について		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 交渉中 示談をしている場合は示談書の写しを添付			
事故発生状況					
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	舗装	している・していない
明暗	昼・夜・明け方・夕方	歩道	ある・なし	見通し	良い・悪い
事故発生状況略図 (道路幅をmで記入してください) 甲 (加害者) 乙 (被害者)					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> </div> <div style="width: 15%;"> <p>🏠 甲車</p> <p>□ 甲車以外の車</p> <p>↑ 進行方向</p> <p>⏸ 一時停止</p> <p>🧑 人間</p> <p>🚲 自転車 オートバイ</p> </div> </div>					
事故発生状況の具体的な説明					
自動車の 番号 (甲)	自動車の 番号 (乙)				
状況報告者	乙との関係 () 氏名			年 月 日	