

見 本

被保険者
被扶養者

第三者行為による傷病届

交通事故

京阪グループ健康保険組合理事長殿

平成 28年 4月 11日

被保険者証の 記号-番号	21 — 115		事業所名	株式会社健保	
			所 属	姫路支店	
フリガナ	ケンポ カズヘイ		印		
被保険者氏名	健保 和平				
フリガナ			続柄	本人	昭・平・令
被害者氏名	同上				39年 10月 1日 生
被害者住所	みなと市かぜまち2-2-5 (TEL)				
第三者 関する(加害者 に 保有者)	加害者 (運転者)	住所	みなと市はなまち1-2-7 (TEL)		
		フリガナ	ミナト ハルコ		
	氏名	湊 春子	職業	会社員	
			昭・平・令 42年 5月 1日生		
	保有者	住所	(TEL)		
		フリガナ			
	氏名	同上	加害者との 関係		
		昭・平・令 年 月 日生			
事故発生日時	平・令 28年 4月 3日 午前・午後 11時 30分頃				
事故発生場所	県道207号線 みなと市かぜまち交差点				
事故発生当時の 状況	信号待ちをしていた被害者の車に、 後ろからきた加害者の車が、 止まりきれずに追突した。				
現場略図は 別紙に記載 してください					

※第三者行為が発生したら、直ちに健康保険組合に
連絡してください。

常務理事	事務長	係

相手自動車 の損害賠償 責任保険に ついて	保険会社名	みなと損害保険株式会社 (TEL)				
	所在地	みなと市うみまち2-2-3				
	契約期間	平・令 27年 10月 1日 より 平・令 28年 10月 1日				
	証書番号	A123-456				
	契約者氏名	湊 春子 (TEL)				
	住 所	みなと市はなまち1-2-7				
相手自動車	車種	みなと	車台番号	A123B-0120134	登録番号	姫路11 い 1111
任意保険に ついて	有・無	保険会社名	しまなみ損害保険株式会社 (TEL)			
		所在地	しまなみ市はまかぜ1-8-1			
		証券番号	D82-187			
損害賠償に ついて	損害賠償請求の有無		有 ・ 無			
	損害賠償		示談済 ・ 交渉中 ・ その他			
受診状況	傷病名	(1)	頸椎捻挫	負傷の 程度	(見込期間)	
		(2)			入院	日間
		(3)			通院	5日間
現在の状況	①入院中 ②通院中 ③治ゆ ④中止					
医療機関	①名称	みなと医院	所在地	みなと市うみまち2-2-1		
	②	〃		〃		
	③	〃		〃		
診療費の負担	平・令28年 4月 4日から平・令 年 月 日まで 加害者負担 ・ 自 平・令28年 4月 4日から健康保険使用					
注意事項	1. 警察届出および保険会社への連絡・調整が済み次第、提出してください。 ※第三者行為発生時の連絡は、発生後、直ちに健康保険組合にお願いします 2. 本内容が記載されているものであれば、保険会社等の書式による提出 もできます。また、保険会社担当者による記載・提出でもかまいません。 3. 医師の診断書、事故証明書(健康保険で治療した場合)、示談書(示談済 の場合)も添付してください。					

本届は、第三者行為に関する手続き以外の目的には使用いたしません。

見 本

被保険者 第三者行為による傷病届
被扶養者

暴行を受けた

京阪グループ健康保険組合理事長殿

平成 28年 4月 11日

被保険者証の 記号-番号	21 — 113	事業所名	株式会社健保		
		所 属	明石支店		
フリガナ	ケンポ イッペイ		印		
被保険者氏名	健保 一平				
フリガナ			続柄	本人	昭・平・令
被害者氏名	同上				38年 10月 1日 生
被害者住所	みなと市うみまち3-2-1			(TEL)	
第三者 関する(加害者 に 保有者)	加害者 (運転者)	住所	不 詳 (TEL)		
		フリガナ			
		氏名	不 詳		職業
			昭・平・令	年 月 日生	
	保有者	住所	(TEL)		
		フリガナ			
	氏名			加害者との 関係	
		昭・平・令	年 月 日生		
事故発生日時	平・令 28年 4月 3日		午前・午後 11時 30分頃		
事故発生場所	JRみなと線うみまち駅 駅前広場				
事故発生当時の 状況	趣味の同好会の終了後に帰宅するため電車を降り駅から出たところ、				
	泥酔状態の男性(50歳くらい)に言いがかりをつけられ、突然殴りかかれる。				
	よけようとした際にバランスを崩し転倒、足首を捻った。				
	相手はそのまま逃走したが、足首を捻っているため追いかけれなかった。				
現場略図は 別紙に記載 してください	警察への届出をしている。				

※第三者行為が発生したら、直ちに健康保険組合に
連絡してください。

常務理事	事務長	係

相手自動車 の損害賠償 責任保険に ついて	保険会社名	(TEL)			
	所在地				
	契約期間	平・令 年 月 日 より 平・令 年 月 日 午前12時			
	証書番号				
	契約者氏名	(TEL)			
	住 所				
相手自動車	車種		車台番号		登録番号
任意保険に ついて	有・無	保険会社名	(TEL)		
		所在地			
		証券番号			
損害賠償に ついて	損害賠償請求の有無		有 ・ 無		
	損害賠償		示談済・交渉中・その他		
備考					
受診状況	傷 病 名	(1)	右足首捻挫		負 傷 の 程 度
		(2)			
		(3)			
現在の状況	①入院中 ②通院中 ③治ゆ ④中止				
医療機関	①名称	みなと医院	所在地	みなと市うみまち2-2-1	
	② "			"	
	③ "			"	
診療費の負担	平・令28年 4月 4日から平・令28年 4月 9日まで 加害者負担 自費 平・令28年 4月 4日から健康保険使用				
注意事項	1. 警察届出および保険会社への連絡・調整が済み次第、提出してください。 ※第三者行為発生時の連絡は、発生後、直ちに健康保険組合にお願いします 2. 本内容が記載されているものであれば、保険会社等の書式による提出 もできます。また、保険会社担当者による記載・提出でもかまいません。 3. 医師の診断書、事故証明書(健康保険で治療した場合)、示談書(示談済 の場合)も添付してください。				

本届は、第三者行為に関する手続き以外の目的には使用いたしません。