

[様式第1号]

担 当	課 長	事務長	常務理事

第三者の行為による傷病届

スズキ健康保険組合理事長 殿

住所
被保険者
氏名 _____ ㊟

被保険者証記号・番号		—	事業所名		所属		
被保険者証を利用する者（被害者）		住所	TEL — —				
		氏名	歳	被保険者との続柄			
事故の相手方に関する事項	自賠責保険会社名	第	号	自動車	種別	県別	
	自賠責保険証明書番号				登録番号	車台番号	
	保険期間				車台番号		
	保険契約者	住所	自動車の保有者	住所			
		氏名		氏名			
	上記車両の任意保険加入の有無		有・無	有の場合	保険会社名 証書番号 第 号		
	相手方（運転者）	住所	勤務先住所				保有者との関係
氏名		歳	勤務先名称	TEL			

(注) 太枠欄は相手方の乗車していた車の「自賠責保険証明書」、「車検証」、「任意保険証書」により記入してください。

事故の状況（該当する所に○を）	事故発生日	年 月 日 時 分頃	場 所			
	事故発生の具体的状況	(できるだけ具体的に記入してください。なお交通事故の場合は別紙「事故発生状況報告書」に記入してください。)				
	事故の種類	①車：車 ②二輪：車 ③自転車：車 ④人：車 ⑤人：二輪 ⑥殴打 ⑦その他				
	警察へ届出の有無	有・無	被保険者の場合 勤務先への届出の有無	有・無	自賠責保険求償 手続きの有無	有・無
	事故発生の責任	①相手方 ②被保険者等 ③わからない（およその割合（相手：被保険者等））				
	何の用務中でしたか？（具体的に）	被保険者等			業務上か？	上・外
事故の相手				業務上か？	上・外	

※この届出は、被保険者（被扶養者）が第三者の行為によってケガ等をし、健康保険で診療を受けたときに届出するものです（健康保険法施行規則65条によって被保険者は届書を提出しなければなりません）。

裏 面

受診の状況	傷 病 名						
	診療を受けた医療機関と受診期間	名 称		期 間	年 月 日	～	年 月 日
		名 称		期 間	年 月 日	～	年 月 日
		名 称		期 間	年 月 日	～	年 月 日
		名 称		期 間	年 月 日	～	年 月 日
受診方法と受診期間	健康保険	自 費	第三者負担	そ の 他			
	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /			
転 帰	治ゆ 年 月 日 ・ 中止 年 月 日 ・ 入院中 ・ 通院中						
損害賠償の内容と支払状況	相手方との示談内容	成 立 済	成立年月日： 年 月 日 (示談書の写しを提出のこと)				
		交 渉 中	交 渉 経 過				
		未 成 立	理 由				
	損害賠償金の内訳	種 別	金 額	受領年月日	種 別	金 額	受領年月日
	医 療 費		/ /	慰 謝 料		/ /	
	休業補償費		/ /	見 舞 金		/ /	
	葬 祭 費		/ /	障害補償金		/ /	

記入上の注意

- 「損害賠償の内容と支払状況」欄は、この書類提出時点までに治療費等（健康保険で診療を受けた費用も含む）の費用を相手方（加害者）が全額賠償する等話し合った事項、経過及び受領内容を記入してください。
- 受診している病院等が変更になった時、又は治療が終了した時は、健康保険組合へ電話連絡をしてください。

この届に添えて提出する書類

- 事故発生状況報告書
- 自動車事故証明書（原本）
- 念書
- 誓約書
- 被害者が損害賠償請求権を放棄、又は免除しているときはその文書
- 診断書（写）
- 自賠償保険証書（写）
- 任意保険証書（写）

同乗中の事故で相手のいる場合には、相手方だけでなく乗っていた車の分も提出

* 交通事故の場合は1～8、その他の場合は3～6までを提出

* 第三者行為による当健保組合立替分の医療費を請求するに当り、損保会社等相手方に病院等からの請求書の写しを請求金額の証拠書類として添付します。添付することに同意の上、この届出を提出ください。