

第三者行為による傷病届

本人・家族

被害者	被保険者証の記号・番号	記号	氏名				印
		番号	現住所				
	被害者が勤務している事業所	名称					
		所在地					
	被扶養者が受けた事故であるとき	氏名		被保険者との続柄			
加害者	加害者	氏名		生年月日	大・昭平・令	年 月 日 (歳)	
		現住所					
	加害者の勤務先	名称又は氏名		事業内容又は職業			
		所在地又は住所					
	加害者の住所氏名がわからないとき	その理由					
事故内容	傷病名		発生日	令和 年 月 日 (曜日)	午前・午後 時 分頃		
	発生の場所						
	種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打・死傷・その他 ()					
	事故結果	治療・即死・入院直後の死亡・入院中の死亡 (死亡 令和 年 月 日)					
	警察官の立会	あった・ない・ないが届出済・わからない					
	所轄署	警察署			派出所		
	過失の度合	自分がなんぶ			相手がなんぶ		
	0, 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下さい。

*注1 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。

この届けに添えて提出する書類	の自動車事故は	1 自動車事故証明書 *注1 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及び死亡診断書
	い示談をきしては	5 示談書の写

受付日付印

加害者の賠償保険加入状況	自賠責保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自至	令和・平成	令和・平成	年	月	日	
	自賠責保険加入証明番号	第 号	契約者氏名							
	契約会社	名称								
		所在地	担当者 TEL ()							
	任意保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自至	令和・平成	令和・平成	年	月	日	
	任意保険加入証明番号	第 号	契約者氏名							
	契約会社	名称						任意一括	有・無 (*注2)	
		所在地	担当者 TEL ()							
	個人賠償保険等加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自至	令和・平成	令和・平成	年	月	日	
		第 号	契約者氏名							
名称										
所在地		担当者 TEL ()								
被害者の人身傷害保険		ある・ない	契約保険会社	担当者 TEL ()						

*注2 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。

治療状況等	この事故で医師の治療を受けましたか		受けた ・ 受けていない						
	治療を受けたとき	医療機関	名称						
			所在地	TEL ()					
	治療を受けたとき	支払い方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ()						
	治療を受けたとき	治療開始	令和 年 月 日 入院・通院						
	治療を受けたとき	転帰	令和 年 月 日現在 入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止						
	治療を受けたとき	入院治療期間	入院 自 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
			通院 自 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
	治療を受けたとき	後遺症	ある・ある見込 ・ ない・ない見込						
	治療を受けたとき	治療見込	令和 年 月 日 から 約 ヶ月と 日程度						

示談状況	示談が成立	令和 年 月 日	交渉中	成立していない	令和 年 月 日現在	成立していない	理由
				請求権を放棄	令和 年 月 日に放棄	放棄した	理由

損害賠償の請求および支払い状況	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	していない・した	令和 年 月 日 口頭・文書	治療費 休業補償 その他	円 円 円	
賠償の種類 の請求 および 支払い 状況	損害賠償の種類	加害者直接賠償 ・ 保険会社からの賠償				
	第三者(加入者)から損害賠償を受けたとき 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	円	
			至 令和 年 月 日	計	日分	
		葬祭費				円
		慰謝料				円
		見舞金				円
		損害賠償費				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				
()回払い	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				

※ここから下の欄には記入する必要はありません

種別	金額	内訳	支給年月日	備考
療養の給付	円	自 至 日間		
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 至 日間		
	円			
合計	円			

診 断 書

住所					
傷病者	氏名	男女	大正 昭和 平成 令和	年 月 日生 (歳)	

病名及び態様

後遺障害の有無について
(次の不要のものを抹消して下さい。なお、下記注を参照のこと) 有り・無し・未定

入院治療	日間	を要す	令和 年 月 日
自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日			治療継続中
通院治療	日間(内治療実日数日)	を要す	治癒見込
自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日			治癒

上記の通り診断致します。

令和 年 月 日

所在地

名称

医師氏名

注

- 後遺症のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社並びに査定事務所に備付けてあります。）をご作成願います。
- この診断書は自動車賠償責任保険の処理必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用下さい。
なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

令和 年 月 日

治療終了報告書

OTG健康保険組合 殿

住所

*氏名

印

下記のとおり、第三者から負った傷病について治療が終了いたしましたので報告致します。

記

1.事故発生年月日

.....

2.事故発生場所

.....

3.被害者

.....

4.加害者

.....

5.治療終了年月日

令和 年 月 日

.....

※ なお、加害者との示談につきましては未締結であることを合わせて報告いたします。

その他（「治療終了報告書」:症状固定または治療終了の際ご提出ください。）

※ *氏名欄の押印は、被保険者が自署した場合は不要です。

念書 兼 同意書

事故発生日	令和	年	月	日
事故発生場所				
被害者名				
加害者名				

- 上記の事故に関して、健康保険法による保険給付を請求するにあたり以下の事項を遵守することを誓約します。
 - 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
 - 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 上記の事故に関して、私が健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条の規定によって健康保険組合が給付の価額の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領することについて異議はありません。
- 上記の事故に関して私の個人情報及びこの念書兼同意書の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項(保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳(その見込みを含む)、診断書等)について保険会社等から提供を受けること。
 - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項(診療報酬明細書の写し等)について、保険会社等に対して提供すること。
 - この念書兼同意書をもって上記の事故による求償業務に関する事項を健康保険組合へ情報提供する保険会社等への同意を含むこと。
 - この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

令和 年 月 日

被保険者 住所

氏名 ⑩

電話番号

被扶養者 住所

氏名 ⑩

電話番号

OTG健康保険組合

理事長 殿