

ヤマハ健康保険組合理事長殿

健康保険 第三者行為による傷病届 (交通事故専用)

※の箇所は、該当を○で囲み、所要の ( ) などの空白を埋めてください。設問について該当がない場合は、「無」又は「-」と、分からない場合は、「不明」又は「?」と記入ください。単独の事故の場合も「相手に関する事項」以外をご記入ください。

被保険者事項	健康保険証の	(記号)	(番号)	(被保険者氏名)
	E-メールアドレス	(自宅 TEL - - )		
	所属事業所	(名称)	(部署名)	(職場 TEL - - )
受傷者に関する事項	氏名	(生年月日) 昭・平 年 月 日 (被保険者との続柄)		
	住所			
	事故時の立場 ※	・運転中 ・歩行者	・駐車中 ・自転車	・同乗者(その車両の運転者名) ・その他( )
	運転(同乗)車両	(種別)	(登録番号)	
	何の用務中か ※	・業務中(アルバイトでも)	・通勤途上	・その他( )
	傷病名	1.	2.	3.
	受診医療機関名	1.	2.	3.
		(今後受診する予定の別の医療機関がある場合)		
	入通院状況	・今迄の入院日数 日、	・通院日数 日	入院・手術の予定 ※有・無、(平成 年 月頃)
治癒の見込み ※	・全然見込みは立たない。 ・おおよそ平成.....年.....月頃治癒の予定			
事故に関する事項	日時	平成 年 月 日 午前 / 午後 時 分		
	場所			
	事故類型 ※	・車両相互(※・正面衝突・側面衝突・出合頭衝突・接触・追突・その他) ・人対車両 ・車両単独(※・転倒・路外逸脱・衝突・その他) ・踏切 ・その他( )		
	事故の責任 ※	・相手が大	・受傷者が大	・双方 ・同乗車の運転者 ・不明
	警察署届出	※・有	・無	(警察署名)
相手に関する事項	氏名	(年齢 才) (車両保有者との関係)		
	住所	(TEL - - )		
	何の用務中か ※	・業務中(アルバイトでも)	・通勤途上	・その他( )
	勤務先	(名称)	(TEL - - )	
		(住所)		
	運転車両	(種別)	(使用の本拠地府県名)	
		(登録番号)	(車台番号)	
	車両保有者	(氏名)	(年齢 才) (契約者との関係)	
		(住所)	(TEL - - )	
	自賠責保険	保険会社	(名称)	(契約証明書番号)
		契約期間	自平成 年 月 日 ~ 至平成 年 月 日 (ヶ月)	
		契約者	(氏名)	(TEL - - )
	任意保険	保険会社	(名称)	(契約証明書番号)
事務所		支店・営業所 (TEL - - ) (ご担当者名)		
契約者		(氏名)	(TEL - - )	
平成 年 月 日 上記のとおり届けします。未記入箇所については、後日判明次第ご報告いたします。				
事業所名 _____		被保険者(又は代理人) _____		㊟
代理の場合は被保険者との関係 _____				

健康保険 第三者行為による傷病届(交通事故専用)

※の箇所は、該当を○で囲み、所要の\_\_\_\_\_空白を埋めてください。

治療費負担に関する事項	あなたは医療機関窓口負担分をどちらに請求していますか。※	① 相手が医療機関に直接窓口負担分を払う。(・全額 _____ 割分) ② 自分が立て替えて、相手の自賠責保険会社に請求する。 ③ 自分が立て替えて、相手の任意保険会社に請求する。(・全額 _____ 割分) ④ 自分が立て替えて、自分の任意保険会社の人身傷害保険に請求する。 ⑤ 自分が立て替えて、相手に請求する。(・全額 _____ 割分) ⑥ 全て自分が立て替えたままになっている。(請求先又は方法が決まっていない。)
	上記設問で「② 自賠責保険会社に請求する」とした方にご回答いただきます。	自賠責保険請求(予定)について ・第1回目 _____ 月 _____ 日頃請求する(した) 請求金額 計 _____ 円(内訳 治療費 _____ 円、その他 _____ 円) ・第2回目 _____ 月 _____ 日頃請求する(した) 請求金額 計 _____ 円(内訳 治療費 _____ 円、その他 _____ 円)
	この事故による治療について、健康保険を使わない治療がある場合のみ、ご回答ください。	その受診期間と医療機関名を記入ください。 ・ _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 (医療機関名 _____ ※入院・通院) その理由 ( _____ )

示談(和解契約)状況について	物損の示談が成立している場合	物損の示談で確定した過失割合 ・相手が _____ 割、 ・相手以外の第三者が _____ 割、 ・自分が _____ 割
	人身損害分の示談(進行状況)について※	① 示談した。(示談日 _____ 月 _____ 日) ② 現在交渉中。 _____ 月 _____ 日頃には成立させるつもり。 ③ 現在交渉中。お互いの主張がかけ離れている。時間をかけて話合う。 ④ 現在交渉中。成立の見込みは立たないので、弁護士に依頼する予定。 ⑤ 現在、法的手続きを取っている。(※・民事調停・訴訟・その他) 弁護士に依頼している場合 (弁護士氏名 _____ TEL _____ ) ⑥ まだ交渉を始める時期ではない。 ⑦ 相手(の所在)不明のため、交渉できない。 ⑧ 損害賠償請求するつもりはない。 ⑨ その他(その理由 _____ )
	上記設問で「③~⑤主張がかけ離れている」とした方にご回答いただきます。※	その理由を下記から選択してください。(複数選択可) ① 損害額が決まらない(例えば将来の治療費、慰謝料、逸失利益など)。 ② 過失割合で折り合いがつかない。 相手の主張:相手 _____ 割      あなたの主張:相手 _____ 割 ③ その他( _____ )
	上記設問で「⑧ 請求するつもりはない」とした方にご回答いただきます。	(その理由) _____

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 上記のとおり届けします。未記入箇所については、決まり次第ご報告いたします。

事業所名 \_\_\_\_\_ 被保険者(又は代理人) \_\_\_\_\_ ㊟

代理の場合は被保険者との関係 \_\_\_\_\_