

### 第三者行為による傷病届

#### 記入見本

〔記入にあたって〕 ・2シートあります。記入または該当するものを○で囲んでください。(エクセルの場合は不要部分の消去でも可)  
 ・「第三者行為による負傷」とは第三者(相手方・他人)の行為による傷病です。(詳しくは健保ホームページ参照)  
 ・「第三者行為による傷病届」において、「被害者」とは、この事故による負傷者のうちサントリー健保の被保険者・被扶養者をいいます。また、「加害者」とは、被害者に対する相手方(他人・第三者)をいいます。  
 ※被保険者の印は、被保険者(申請者)が自署する場合に限り押印を省略することができます。

				●●年●●月●●日提出			
被保険者	被保険者証の 記号	●●●●	番号	●●●●●●	生 年 月 日	●●年●●月●●日	
	氏 名	健保 太郎	健 保 印	住 所	〒●●●●-●●●● ●●●●●●		
	勤務先の会社・事業所・部署	SHD・SWH・●●●●部					
被害者	区 分	被保険者(本人)		扶養者(家族)※			
	被扶養者※の 氏名	健保 花子	続 柄	長女	生 年 月 日	●●年●●月●●日	
	場 合 は	〒●●●●-●●●● ●●●●●●-居住している住所地		職 業 (学 校 名)	●●●●●●		
事故内容	発 生 の 日 時	●●年●●月●●日 (●曜日)、		午前・午後	●●時●●分		
	発 生 の 場 所	●●●●市●●●●区●●●●交差点					
	種 別	交通事故 ○ 殴打 ○ 刺傷 ○ その他 ( )					
	交通事故の 被害者は	自動車(運転中・同乗中) バイク(運転中・同乗中) ○ 自転車(運転中・同乗中) ○ 歩行中					
	場 合 は	加害者は ○ 自動車 ○ バイク ○ 自転車 ○ 歩行中					
	事故全体の状況において被害者は	被害にあった側 ○ 加害した側 ○ 自損事故 ○ その他 ( )					
事故の責任(過失割合)わかる範囲で	被害者	●●	%	加害者	▲▲	%	
警察への届出	届出済の警察署名 ●●●●●●署 未届の場合は理由						
被害者について	負傷状況(傷病名、入院・通院、死亡 など)	●●骨折、●●病院入院、手術、再手術ありの予定					
	治療状況 (見込み)	治療開始日	●●年●●月●●日	治療終了見込み	○○年○○月○○日		
	後 遺 症	ある見込 ○ ない見込 ○ わからない					
	医療機関	名称	●●●●●●病院			電話番号	●●●●●●
		所在地	●●●●●●				
医療費の支払方法	健康保険を使用 ○ 自費(被害者が全額支払) ○ 加害者が全額支払 ○ その他 ( )						
加害者について	加害者本人	氏名	▲▲▲▲▲	住所	〒▲▲▲▲-▲▲▲▲ ▲▲▲▲▲		
		生年月日	▲▲年▲▲月▲▲日	性別	男 ○ 女		
		職業	▲▲▲▲▲			勤務先名称(学校名)	▲▲▲▲▲
	加害者が未成年・責任無能力者の場合は、親権者・監督義務者の	氏名	△△△△		関係	親権者	
	場 合 は、親権者・監督義務者の	住所	〒▲▲▲▲-▲▲▲▲ ▲▲▲▲▲			電 話 番 号	△△△△
	加害者が不明な場合は、理由						
	車の所有者	氏名(会社名)	▲▲▲▲▲		車両番号	▲▲▲▲▲	
		住所	〒▲▲▲▲-▲▲▲▲ ▲▲▲▲▲			電 話 番 号	▲▲▲▲▲
	自動車損害賠償責任保険	証書記号番号			保険期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日	
		保険会社名・担当部署名	確認のうえ、必ず記入ください。不明の場合は「不明」と記入ください。			担当者氏名	
	保険会社所在地	〒			電 話 番 号		
	保険契約者名						
	保険請求	被害者・加害者					
任意保険	証書記号番号			保険期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日		
	保険会社名・担当部署名	確認のうえ、必ず記入ください。不明の場合は「不明」と記入ください。			担当者氏名		
	保険会社所在地	〒			電 話 番 号		
	保険契約者名						
	任意一括制度※	有 ○ 無		※任意保険会社が、自賠責保険と任意保険の対人賠償保険の窓口となって、この二つの保険を一つの保険として処理する制度			
その他	被害者が人身傷害補償保険を使用される場合は必ず記入してください	証書記号番号			保険期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日	
		保険会社名・担当部署名	確認のうえ、使用される場合は必ず記入ください。			担当者氏名	
		保険会社所在地	〒			電 話 番 号	
		保険契約者名					

注意事項

- ・届出書には必ず「念書」を添付してください。
- ・届出後、自動車事故の場合は、速やかに「交通事故証明書(人身事故用)」を提出してください。その他の場合は、警察への被害届受理番号を連絡してください。
- ・健康保険を使用して医療を受けた場合の治療費(自己負担分を除く)は健保組合が一旦立て替え支払い、治療完了後に加害者の保険会社に請求しますので、必ず加害者の保険会社の欄を記入してください。

常務理事	事務長	担当者

