

第三者行為による負傷届

本人・家族							
被害者	被保険者証の 記号 / 番号	記号		氏名	フリガナ		
	被保険者が勤務 している事業所	番号		現住所	〒 -	TEL	- -
	被扶養者が 被害者であるとき	氏名		フリガナ		被保険者 との続柄	
第三者	氏名	フリガナ					
	住所	〒 -					
	勤務先名称					事業の内容	
	所在地	〒 -				TEL	- -
	加害者が不明の ときは、その理由						
事故内容	負傷した時の 目的・行先等 について記入						
	傷病名				発生年月日	平成 年 月 日	
	発生場所						
	種別	自動車事故・自動二輪事故・自転車事故・暴力による事故・その他 ()					
	治療費の負担	健保扱い (年 月 日より使用開始) ・加害者負担・自費・その他 ()					
	警察官の立会	あった・ない・ないが届出済・わからない・その他 ()					
	所轄署	警察署			派出所		

上記のとおりお届けいたします。

大阪港湾健康保険組合理事長 殿
平成 年 月 日

被保険者住所.....

被保険者氏名.....④

この届出に添えて 提出する書類	<ol style="list-style-type: none"> 1. 交通事故証明書正本 (交通事故のとき) 2. 事故発生状況報告書 3. 念書 4. 誓約書 5. 示談しているときは示談書 (写)
--------------------	--

加害者の保険加入状況	自動車損害賠償責任保険	ある・ない	保険契約期間	(自) 平成 年 月 日 (至) 平成 年 月 日
		保険会社名称		
		保険会社所在地	〒 - TEL - -	
		証明書番号		契約者氏名
	任意保険	ある・ない	保険契約期間	(自) 平成 年 月 日 (至) 平成 年 月 日
		保険会社名称		
		保険会社所在地	〒 - TEL - -	
		証券番号		契約者氏名
示談状況	示談成立	平成 年 月 日 (この場合は、示談書の写しを添付すること)		
	交渉中	状況又は理由		
	交渉していない		
	請求権を放棄した	平成 年 月 日	放棄した理由	
損害賠償の請求状況	加害者に対し損害賠償の請求	した⇒ していない	平成 年 月 日 《口頭・文書》	・治療費 円 ・休業補償 円 ・慰謝料 円 ・その他 円
	加害者から損害賠償を受けたとき	治療費 休業補償 慰謝料 その他	円 円 円 円	【備考】
治療状況	受診医療機関	名称	(1)	(2)
		所在地		
	治療費支払状況	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ()		
	治療開始日	平成 年 月 日初診	入院 ・ 通院 ・ 即死	
	転帰	平成 年 月 日現在	入院中・通院中・中止・治癒・死亡	
	治療見込	平成 年 月 日から 約 日 または 約 ヶ月間		
後遺症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込 ・ 不明			