

健康保険

第三者行為による傷病届

被害者	被保険者	記号	3202	フリガナ	ケンボ タロウ	氏名	健保 太郎	昭和 平 39 年 12 月 10 日生 (52 才)	健康	
		番号	19							
	現住所	〒〇×△-XXXX 東京都千代田区神田神保町×-×-× TEL 03 (3092)××××								
	被保険者が勤務している事業所(連絡先)	名称	(株) 〇×書房 浅草支店							
		所在地	〒〇×△-XXXX 東京都台東区雷門×-×-× TEL 03 (3043)××××							
被扶養者が被害者であるとき	フリガナ	ケンボ	ハナコ	氏名	健保 花子	続柄	次女			
				昭和(平) 5 年 2 月 6 日生 (24 才)						

事故相手	加害者	フリガナ	カンダ ジロウ	氏名	神田 次郎	昭和 平 46 年 9 月 1 日生 (45 才)	
		現住所	〒〇×△-XXXX 東京都台東木駒形×-×-× TEL 03 (3078)××××				
		名称	〇×運送 株式会社		事業の内容又は職業		
	加害者の勤務先	所在地	東京都千代田区神田駿河台×-×		運送業		
			TEL 03 (3092)××××				
加害者の住所氏名が不明の場合その理由							

事故の内容	傷病名	頭部外傷 ほか		損害の程度	全治 2 ヶ月		
	事故発生日・場所	事故日時	平成 29 年 2 月 13 日 (月)		午前 午後 6 : 10 頃		
		場所	東京都文京区文京×-×-×				
	事故発生時の状況	被保険者又は被扶養者	自動車・ <u>バイク</u> ・自転車・歩行者・交通事故以外()				
		加害者(事故相手)	<u>自動車</u> ・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外()				
	所轄警察署	<u>警察に届出済</u> ・届出なし・不明 *注1		届出署	文京 警察署		
	過失の度合(わかる範囲で)	自分(被害者)の過失	0. <u>10</u> 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%)				
相手(加害者)の過失		0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. <u>90</u> . 100 (%)					

示談状況	示談は成立していますか	成立している	平成 年 月 日	成立	
		<u>成立していない</u>	交渉中	平成 29 年 3 月 13 日 現在	
	成立していない場合はその理由	治療継続中			
	請求権を放棄した場合	平成 年 月 日	理由		

*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届」の提出を求める場合があります。

加害者の賠償保険加入状況	自動車保険	自賠責保険	保険会社名	○×火災保険株式会社			
			所在地	〒○×△-×××× 東京都台東区上野×-×-× TEL 03 (3034)××××			
		契約期間	28年12月13日～30年12月13日		フリガナ	カンダ ジロウ	
		証明書番号	T42-0324065		契約者	神田 次郎	
	任意保険	保険会社名	○×同和損害保険(株)			担当者	○× 喜一
		所在地	〒○×△-×××× 東京都台東区上野×-×-× TEL 03 (3834)××××			フリガナ	カンダ ジロウ
		契約期間	年 月 日～ 年 月 日		契約者	神田 次郎	
		証明書番号	794688355		任意一括 *注2	①・無	
	個人賠償責任保険等	保険会社名				担当者	
		所在地	〒 - TEL ()			フリガナ	
契約期間		年 月 日～ 年 月 日		契約者			
証明書番号							
被害者の人身傷害保険		加入の有無	あり・ <u>なし</u> 保険会社名 担当者 TEL ()				

治療状況	医療機関	名称	△×整形外科病院			
		所在地	東京都文京区千石×-×-× TEL 03 (3044)××××			
	治療期間	平成29年2月13日から(入院 自 2月13日 至 3月3日)		通院		
	転院した場合	平成29年3月7日から(入院 自 月 日 至 月 日)		①通院		
	後遺症	ある・ある見込み・ない・ <u>ない見込み</u> ・不明				
	治療費の支払方法	<u>健康保険</u> ・被害者負担・ <u>加害者負担(自賠責支払)</u> ・その他()				

損害賠償	相手方に対する損害賠償の請求状況		すでに請求済・ <u>現在のところ未請求</u>			
	相手方からの損害賠償金等の受領状況		受領済・ <u>受領していない</u>			
	*加害者や保険会社から賠償金を受領した場合のみ下欄にご記入ください。					
	賠償金の内訳	治療費	円	感謝料	円	
		休業補償費	月 日から 月 日までの 日間 ×日額	=	日間	円
		葬祭費	円	その他	円	
		見舞金	円	(合計額)	円	
受領方法	一括	平成 年 月 日 受領				
	分割 ()回払い	1回目	円	平成 年 月 日	受領	
		2回目	円	平成 年 月 日	受領	
3回目		円	平成 年 月 日	受領		

*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。

受付印

事故発生状況報告書

当事者	甲 (事故相手)	氏名 神田 次郎	乙 (被保険者又は被扶養者)	氏名 健保 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 運転・同乗 <input type="checkbox"/> 歩行・その他
天候	<input checked="" type="checkbox"/> 晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	<input checked="" type="checkbox"/> 混雑・ <input checked="" type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 閑散	明暗	明け方・昼間・ <input checked="" type="checkbox"/> 夕方・夜間
道路状況	舗装 <input checked="" type="checkbox"/> してある・ <input type="checkbox"/> してない 歩道 <input checked="" type="checkbox"/> (両・片) <input checked="" type="checkbox"/> ある・ <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> 直線・カーブ <input checked="" type="checkbox"/> 平坦・坂 見通し <input checked="" type="checkbox"/> 良い・ <input type="checkbox"/> 悪い 積雪路・凍結路・濃霧				
信号又は標識	信号 <input checked="" type="checkbox"/> ある 自転車側信号 (青・赤・) されている <input type="checkbox"/> ない 相手側信号 (青・赤・) 駐停車禁止 されている <input type="checkbox"/> ない 相手の標識				
速度	自転車 30 km/h(制限速度 40 km/h) ・ 相手車両 45 km/h(制限速度 40 km/h)				

事故現場の状況を図示してください

事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください)

表示符号

- 自 車
- 相 手 車
- 進 行 方 向
- 信 号
- 一 時 停 止
- 人 間
- 自 転 車 }
- バ イ ク }
- 接 触 地 点

上記図の説明を書いてください

次女(花子)は、平成29年2月13日の午後6時頃、アルバイト先が休みだったため遊びに行った帰りに、文京二丁目の交差点で中央よりの車線を走行中、前方信号が青であることを確認し、交差点内に入ったところ、前方右折車線から普通トラックが右折してきたためブレーキをかけたが間に合わず、相手車両の側面に衝突し負傷した。目撃者が救急車を呼んでくれ病院に搬送されて入院した。

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告いたします

平成 29年 3月 13日

報告者 甲との関係()
 乙との関係(父)
 氏 名 健保 太郎

