健康保険第三者行為による傷病届

該当文字を○で囲み　必要事項を記入すること

被害者・加害者関係	被保険者等	1000	氏名	宝　純一郎	
	記号・番号	9876	現住所	京都市伏見区松竹町123　TEL 075-123-4567	
	被害者が勤務している事業所	名称	宝酒造株式会社　本社		
		所在地	京都市下京区四条通烏丸東入		
	被扶養者が受けた事故のとき	氏名	被扶養者の場合のみ記入する	被保険者との続柄	
	加害者	氏名	箱鳥　五郎	生年月日	昭和45 年 6 月 6 日
		現住所	京都府宇治市○×町1　TEL 0774-12-3456		
	加害者の勤務先	名称又は氏名	ごうかい株式会社	事業内容又は職業	自動車修理業
		所在地又は住所	京都府城陽市○×町5　TEL 0773-98-7654		

事故内容	発生年月日	令和 元 年 5 月 10 日　午前・午後 9 時 15 分頃
	発生の場所	京都市南区○○町100
	種　別	自動車事故・バイク事故・殴打・自転車事故・刺傷・その他（　）
	事故結果	即死・入院直後の死亡（年 月 日死亡）・入院中の死亡（年 月 日死亡）・治療中・治癒
	警察官の立会	あった・ない・ないが届出済
	所轄署	京都南　警察署　南　派出所
	過失の度合	自分がなんぶ　0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10 相手方がなんぶ　0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10

診療を受けた	病院・診療所の名称	医療法人　松竹会　一刻病院
	病院・診療所の所在地	京都市南区××町2-3　TEL
	傷病名	右大腿部複雑骨折　令和元 年 5 月 10 日診療開始　そのまま・入院・通院
	治療期間	令和 元年 5 月 10 日から　年 月 日　現在入院中
	治療費の支払方法	①最初から保険証でかかった　②（全部・一部）を加害者が支払った ③　月　日より保険診療に切替えた　④自費で支払っている

第三者が加入する保険会社	自動車損害賠償責任保険	・加入している ・加入していない	契約期間	自 令和元 年 5 月 1 日 至 令和 5 年 5 月 1 日	
		保険証明書番号	T123-456789	保険契約会社名	○○火災海上保険
		保険契約者氏名	箱鳥　五郎	自動車種別	（自）普通車
		保険契約者住所	京都府宇治市○×町1　TEL 0774-12-3456		
		車体番号	abcd-9876543	登録番号	京都501た　1234
	任意保険	・加入している ・加入していない	契約期間	自 令和元 年 5 月 1 日 至 令和 5 年 5 月 1 日	
		証券番号	1234-56789	保険契約会社名	××火災海上保険
		保険契約者氏名	箱鳥　五郎		
		保険契約者住所	京都府宇治市○×町1　TEL 0774-12-3456		

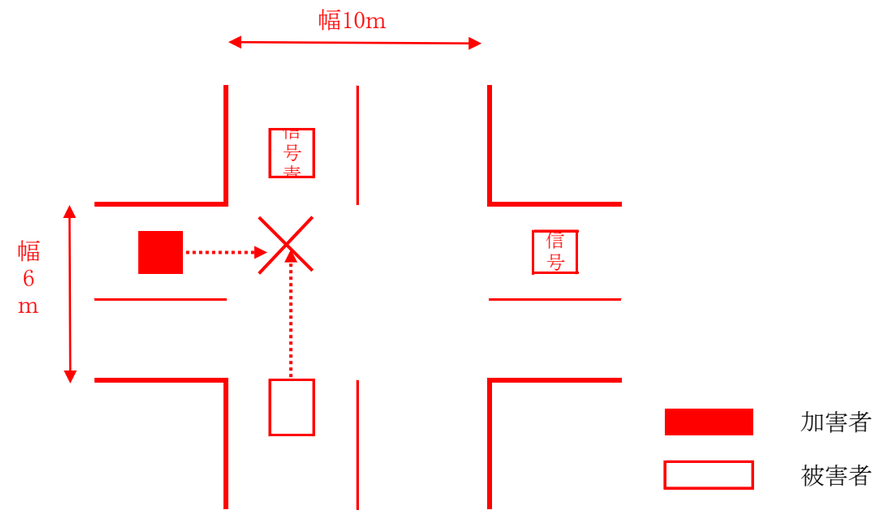
事故発生の状況

加害者の行為によって生じた事故について、加害者の行動及び被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入してください

令和元年5月10日、午後9時15分頃（天候は雨天）、京都市南区○○町100、××通りの交差点で
被害者である私の車が、信号が青になったので××通りを北野方向へ直進したところ、交差点の
左方向から、加害者の車が直進してきたために、交差点内で衝突した。

事故現場の見取図

事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして、被害者と加害者の行為を赤点線をもって　それぞれ表示してください。



以上のとおりお届けします。

令和　元 年　6 月　10 日

被保険者又は届出代理人　住所　京都市伏見区松竹町123

氏名　宝　純一郎　印

宝ｸﾞﾙｰﾌﾟ健康保険組合