

給	11

第三者の行為による
災害届

常務理事	事務局長	役 席	担 当

安田日本興亜健康保険組合理事長 殿

本人・家族

(その1)

被 害 者 ・ 加 害 者 関 係	被保険者等記号と番号 (資格確認書等又は 保険証を参照)		現住所	〒_____ TEL ()		
	被保険者が勤務 している事業所		所在地	〒_____		
	被扶養者がうけた 事故の場合		氏 名	_____年 月 日生	被保険者 との続柄	_____
	加 害 者		現 住 所	〒_____ TEL ()		
			氏 名	_____	生年月日	_____年 月 日
	加害者の勤務先		所在地	〒_____ TEL ()		
			名 称	_____	事業内容 又は職業	_____
	加害者の住所氏名 が不明の場合		その理由			
	自動車		種 別	_____	登録番号又は 車輜(車台)番号	_____
			保 有 者	住 所	〒_____ TEL ()	
		氏 名	_____	加 害 者 と の 関 係	_____	
				保 険 契 約 者 と の 関 係	_____	
事 故 内 容	傷 病 名		_____	発生日時	_____年 月 日 () 時 分頃	
	発 生 の 場 所		_____			
	種 別		_____			
	事 故 結 果		_____			
	警 察 官 の 立 会		_____			
	所 轄 署		警察署		派出所	
	責 任 の 度 合		自 分		相手方	
		%		%		

加害者の行為によって生じた事故について加害者および被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入して下さい。

事故が発生した場所の見取図を記載して下さい。そして加害者および被害者の行動を赤点線をもって表示して下さい。

加害者の自動車保険加入状況	自賠責保険	証明書 番号		契約者	住所 氏名		
		保険契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日				
	契約 保険会社	所在地	〒_____				
		名称	TEL ()				
	任意保険 (加入ある場合)	証券 番号		契約者	住所 氏名		
		保険契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日	保険 金額			
契約 保険会社		所在地	〒_____				
		名称	TEL ()				
損害賠償の請求および支払状況	自動車事故のとき保険会社 から 賠償金額の受領は						
	加害者に対する 損害賠償の請求		年 月 日	{ 治療費 円 休業補償 円 その他 円			
	第三者(加害者)から損害賠償をうけたとき	損害賠償の種類					
		治療費 (含入院費)		円			
		休業補償費		自 年 月 日 至 年 月 日	1日につき _____日分 計	円 円	
		慰謝料		円			
		見舞金		円			
		障害補償費		円			
		葬祭費		円			
		その他		円			
合計		円					
受領年月日							

治	医療機関	所在地	TEL ()	
		名称 又は氏名		
療	経過	(年 月 日現在)		
	治療期間	入院自	年 月 日	～ 至 年 月 日
		通院自	年 月 日	～ 至 年 月 日
状	治療見込	年 月 日から 約 程度		
	後遺症			
況	支払方法	健康保険証を使用：		
		(健保診療の自己負担は：)		
示談状況	示談が成立 年 月 日	交渉中	年 月 日	請求権を放棄した
		成立していない	現在	年 月 日
	示談が成立していない理由		放棄した理由	
◎その他参考事項記入欄				

この届に添えて 提出する書類	①警察の事故証明書 ②事故発生状況報告書 ③念書 ④示談が成立しているときは示談書の写
-------------------	--

※健保へ速やかにご提出してください。