

# 健康保険第三者行為による傷病届

被害者・加害者関係	被保険者証	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番地 Tel. 075-123-98××		
	被害者が勤務している事業所	名称	宝酒造株式会社 本社			
	被扶養者が受けた事故のとき	所在地	京都市下京区四条通烏丸東入長刀鉾町20番地 <b>被扶養者の場合のみ記入する</b>			
加害者	氏名	三鳥 五郎	生年月日	昭和45年 6月 7日		
	現住所	京都市伏見区○×町987番地 Tel. 075-987-43××				
	加害者の勤務先	名称又は氏名	○×◇株式会社	事業内容又は職業	自動車修理業	
加害者の勤務先	所在地又は住所	京都府宇治市○×町○×1-15 Tel. 0774-97-43××				
	発生年月日	平成24年 1月 5日 午前・ <b>午後</b> 9時 15分頃				
事故内容	発生場所	京都市南区○○町 5丁目				
	種別	自 <b>動車事故</b> ・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)・ <b>治療中</b> ・治癒				
	警察官の立会	<b>あった</b> ・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. <b>1.</b> 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. <b>9.</b> 10				
診療を受けた	病院・診療所の名称	医療法人 松竹会 焙炒病院				
	病院・診療所の所在地	京都市南区××町2丁目 3番地 Tel. 075-654-32××				
	傷病名	頸椎捻挫・右大腿部複雑骨折	平成24年 1月 5日診療開始	そのまま <b>入院</b> ・通院		
治療期間	平成24年 1月 5日から 年 月 日 <b>現在入院中</b>					
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	<b>加入している</b>	契約期間	自 平成23年 1月 1日 至 平成28年 1月 1日		
		・加入していない	保険証明書番号	T123-456789	保険契約会社名	○○火災海上保険(株)
		・加入していない	保険契約者氏名	三鳥 五郎	自動車種別	(自)普通車
		・加入していない	保険契約者住所	京都市伏見区○×町987番地 Tel. 075-987-43××		
		・加入していない	車体番号	abcd-9876543	登録番号	京都 501た 1234
任意保険	任意保険	<b>加入している</b>	契約期間	自 平成24年 12月 1日 至 平成25年 12月 1日		
		・加入していない	証券番号	1234-567891	保険契約会社名	××火災海上保険(株)
		・加入していない	保険契約者氏名	三鳥 五郎		
		・加入していない	保険契約者住所	京都市伏見区○×町987番地 Tel. 075-987-43××		

該当文字を( ) 囲み 必要事項を記入すること

事故発生状況	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
	平成24年1月5日、午後9時15分頃(天候は雨天)、京都市南区○○町5番地、××通の交差点で、被害者である私の車が、信号が青になったので××通を北の方向に直進したところ、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。

以上のお届けします。

平成24年 1月 20日

被保険者又は 住所 京都市伏見区松竹町123番地

届出代理人 氏名 宝 純一郎

