

常務理事	事務長	担当者
記入不要		

田辺ファーマ健康保険組合理事長 殿

第三者の行為による傷病届

令和**年**月**日 提出

被 保 險 者	記号	***	番号	*****	氏名	健保 太郎		
	住所	〒*** - ***** 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号					電話 *** - *** - ***	
	所 属	××研究所××部						
負傷者が被扶養者であるときはその者の 氏 名		健保 花子	生年 月日	昭和 平成	**年**月**日	続 柄	長女	
負 傷 の 状 況	負傷の日時	令和**年**月**日(×曜日) 午前・午後**時**分頃						
	事故の状況	乗用車を運転中交差点で停止した際に後続車に追突された。						
	医療機関	名称	××××整形外科病院					
		所在地	〇〇市〇〇区△△町×-×-×					
		傷病名	××××××××××××××					
		傷病の状況	××××××××××××××					
		治療開始	令和**年**月**日 (入院 · 通院)					
治療費負担	健康保険 · 自費 · その他()							
第三 者 (加 害 者)	氏 名	国保 一郎			年齢	**歳		
	住 所	〒*** - ***** 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号 電話 *** - *** - ***						
	勤務先	××××株式会社			車両番号	××××××××		
自賠責保険 (加害者)	住所	〒*** - ***** 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号 電話 *** - *** - ***						
	名称	××××損害保険株式会社			担当者氏名	×× ××		
任意保険 (加害者)	住所	〒*** - ***** 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号 電話 *** - *** - ***						
	名称	××××損害保険株式会社			担当者氏名	×× ××		
警察への届出(人身事故)		(有) ×× 警察署 ()派出所 · 無						
過失割合		自分 %	· 相手 %	· 不明				
損害賠償請求の意思		有	円	· 無				
示談解決の有無		有	· 無	(有の場合は示談書の(写)を添付してください。)				

事故発生状況報告書

自賠責保険 証明書番号	第*****号	当事者	甲 (加害者)	氏名 国保 一郎		
自動車番号	××× ×× × ××-×		乙 (被害者)	氏名 健保 花子	運転 同乗 歩行・他	
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通	閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
発生の場所		○○市○○町○○丁目交差点				
道路 状況	舗装(してある・していない) 歩道(ある・ない) 道路の見通し(良い・悪い) 道路の状態(直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路)					
信号 標識	信号(ある・ない) 駐停車禁止(されている・されていない) その他標識()					
速度	甲車両 ** Km/h (制限速度 ** Km/h)			乙車両 ** Km/h (制限速度 ** Km/h)		
事故現場における自動車と被害者と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。)					
	自車					
	相手車					
	進行方向					
	信号					
	一時停止					
	人間					
	自転車 オートバイ					
上書き 記いて ください の説明 を下さい	乗用車を運転中交差点で停止した際に後続車に追突された。					
上記のとおり報告します。						
令和**年**月**日 報告者 健保 太郎						

2025.11.01

添付資料

- 交通事故証明書(写)