

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

被保険者	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	××× ×× ××-××			
自賠償保険 (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
発生場所	〇〇市〇〇町〇〇丁目交差点				
道路 状況	舗装 (してある・してない) 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图示してください	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入してください。)				
上記図の 説明を	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		健保 印	

2025.11.01

添付資料

・交通事故証明書 (写)