

被保険者
被扶養者 **第三者の行為による傷病届**

被保険者等 記号番号	記号 番号	被保険者の氏名	
被保険者が勤務 している事業所	名称 所在地	TEL	
被扶養者が受けた事故であるとき	氏名	被保険者との続柄	
加害者	氏名	生年月日	年 月 日
	現住所	TEL	
加害者の勤務先	名称	事業内容	
	所在地	TEL	
加害者の住所氏名が不明のときはその理由			
事故の内容	傷病名 (けがの内容)	発生年月日	令和 年 月 日 午前・後 時 分頃
	発生の場所		
	種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打・刺傷・その他	
	事故結果	即死・入院直後の死亡・入院中の死亡(死亡 年 月 日)・治療	
	警察官の立会	あった・ない・ないが届出済・わからない	
	所属署	警察署	派出所
	事故発生の責任	当方・相手方・双方・わからない	
治療状況	医療機関	名称	TEL
		所在地	
	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他()	
	治療開始	令和 年 月 日 入院・通院	
	転帰	(令和 年 月 日現在) 入院中・通院加療中・治癒・中止	
	入院治療期間	入院自	令和 年 月 日
通院自		令和 年 月 日	至 令和 年 月 日
上記のとおりお届けします。 KOA 健康保険組合理事長殿 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名			

㊞

受付日付印

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、加害者の行動および被害者の行動をわかりやすく、詳しく記入してください。
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、被害者と加害者の行動を、赤線等をもって表示してください。

○自動車事故であって「事故発生状況報告書」をこの届に添えて提出するときは、この頁に記入する必要はありません。

第三者（加害者）に対する 損害賠償の請求について	請求しましたか		した・しない		
	請求したときはその年月日		令和 年 月 日 口頭・文書		
	請求しないときはその理由				
第三者（加害者）に対する 損害賠償の請求権の放棄に ついて	請求権を放棄しましたか		した・しない		
	放棄したとき、相手方にどのよ うに意思表示しましたか				
第三者（加害者）が自動車等 を運行していたため事故を 生ぜしめた場合は、その自 動車等が加入している自動 車損害賠償保険の加入につ いて	保険の加入状況		自賠償保険（有・無）、任意保険（有・無）		
	自 賠 責 保 険	契約者住所・氏名			
		保 險 会 社 名			
		証 明 書 番 号			
		支店名・担当者名			
		所 在 地			
		電 話 番 号			
	任 意 保 険 （ 対 人 ）	契約者住所・氏名			
		保 險 会 社 名			
		証 明 書 番 号			
		支店名・担当者名			
		所 在 地			
電 話 番 号					
保険金の請求をしましたか		した（令和 年 月 日）・しない			
加害者との示談について （示談が成立しているときは その写しを添付して下さい）	示談が成立していますか		いる・いない・交渉中		
	成立しているときはその年月日		令和 年 月 日		
	成立していないときはその理由				
第三者から損害賠償を受け たときはその明細	損害賠償の種別	金 額	受 領 年 月 日	備 考	
	治 療 費		令和 年 月 日		
	休 業 補 償 費		令和 年 月 日		
	葬 祭 費		令和 年 月 日		
	慰 謝 料		令和 年 月 日		
	見 舞 金		令和 年 月 日		
	障 害 補 償 費		令和 年 月 日		
	そ の 他		令和 年 月 日		