

(健保記入欄)

受付	平成	年	月	日	常務理事	事務長	保険業務	担当者
決定	平成	年	月	日				

第三者行為による傷病届①

被保険者	記号	11	氏名	健保 太郎		性別	男・女		
	番号	1234	住所	〒163-0000 新宿区西新宿1-1-1-501					
	事業所名(会社名)	オリンパス 株式会社		所属部署	人事部健康管理センター				
	所属事業場名	新宿モリス	電話番号	03-1234-5678	内線番号	555-6666			
事故該当者	被保険者(本人)の場合	氏名			生年月日	S・H 年 月 日			
	被扶養者(家族)の場合	氏名	健保 花子		続柄	妻	性別	男・女	
		職業(学校名)	無職		生年月日	S・H 48年 10月 20日			
病院に関する情報	病院(医院)名称	〇〇大学病院		TEL (03) 9876-5432					
	所在地	渋谷区代々木2-2-2							
	傷病名	左上腕骨骨折、頸椎捻挫							
	傷病の程度	死亡・重症・軽症	治療見込	20年 11月 11日から 約60日間					
	治療費の支払方法	自費・相手方負担・健康保険・その他()							
事故相手	事故相手	氏名	社保 五郎		生年月日	S・H 40年 12月 12日			
		住所	世田谷区経堂3-3-3-202		TEL (03) 7777-8888				
	事故相手の勤務先	名称	(株)〇〇電機						
		住所	東京都港区赤坂6-6-6		TEL (03) 1212-3434				
加害者が不明の場合(その理由)									
事故内容	種別	自動車・バイク・自転車・歩行・その他							
	所轄署	新宿 警察署	交番	未届(理由)					
	過失の度合(わかる範囲で)	自分が何割 →	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10				相手が何割 →	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	
示談	示談状況	平成 年 月 日現在 成立・交渉中・成立していない							

上記の通り、第三者行為による傷病届を提出します。

平成 20年 11月 15日 被保険者氏名 健保 太郎 印

オリンパス健康保険組合 理事長 殿

第三者行為による傷病届② (事故発生状況報告書)

事故発生状況				
交通事故発生年月日	平成 20年 11月 11日	AM・ PM	3:30	ころ
交通事故発生場所	新宿区西新宿7丁目11番地付近交差点			
天候	晴 ・曇・雨・雪・霧	明暗	昼間 ・夜間・明け方・夕方	
道路状況	① 直線 ・カーブ ② 平坦 ・上り坂・下り坂 ③ 見通し 良い ・悪い ④ 積雪路・凍結路 ⑤ 信号 有 ・無			
速度	①加害車両 30km/h(制限速度 30km/h)		②自車両 40km/h(制限速度 40km/h)	

事故発生状況略図	
<p style="font-size: small;">4メートル(平坦) 8メートル(平坦) 信号機なし 青 止まれ 視界をさえぎる建物等はなかった 交差点の10メートルほど手前で加害車両の存在を認識した</p>	自車 <hr/> 相手車 <hr/> 進行方向 <hr/> 信号 <hr/> 一時停止 <hr/> 一方通行 <hr/> 人間 <hr/> 自転車 <hr/> バイク
	[記入項目例]
	道路幅 車線区分
	信号機の作動状況
	標識の有無・種類
	街路照明(夜間)
	建物・分離帯・歩道
	立ち木・植え込み
	相手に気づいた時点
	回避操作の有無・内容
太陽・ライトの幻惑	

略図の説明・補足、加害者が不明の場合はその理由

青信号の交差点を直進したところ、止まれ標識のある道路から一旦停止せずに交差点に進入してきた。

車に気がつき急ブレーキを踏むも間に合わず、当方左前方と、加害車両前方が衝突した。

別紙交通事故証明書に補足して、上記のとおり報告いたします。

平成 20年 11月 15日 被保険者氏名 健保 太郎 印

オリンパス健康保険組合 理事長殿

第三者行為による傷病届③
(自動車保険加入状況)

保険の種類		自賠責保険	任意保険
契約内容			
自動車保険証明番号 (契約番号)		5-B6-888888	3333-66666-5555
保険会社名		〇〇損害保険㈱	〇〇海上火災保険㈱
保険契約者	住所	世田谷区経堂3-3-3-202	同左
	氏名	社保 五郎	同左
自動車	種別	普通自動車	同左
	登録(車両)番号	品川 は 1234	同左
	車体番号	ABC-56789	同左
保険契約期間		自平成 19年 4月 1日 至平成 21年 3月 31日 (2) 年間	自平成 20年 8月 1日 至平成 21年 7月 31日 (1) 年間
車両の所有者	住所	世田谷区経堂3-3-3-202	同左
	氏名	社保 五郎	同左
	加害者との関係	本人・従業員・家族・その他()	本人・従業員・家族・その他()
損害賠償金支払請求先店名	所在地	〒 100-0000 千代田区丸の内5-4	〒 102-0000 千代田区飯田橋6-6
	名称	〇〇損害保険㈱ 〇〇営業所	〇〇海上火災保険㈱ 〇〇支店
	担当課名		
	担当者名	鈴木 達彦	佐藤 雄三
	電話	(03) 4444-5555	(03) 7777-8888

上記の通り、自動車損害保険契約等の内容について報告いたします。

平成 20年 11月 15日 被保険者氏名 健保 太郎 印

オリンパス健康保険組合 理事長殿