**第三者行為による傷病届　　　　　　　　　ライオン健康保険組合**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **常務理事** | **事務長** | **書記** | **書記** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者の記号・番号** | | | | |  | | | | | | **被保険者の氏名** | | | | | | **印** | | | |
| **被保険者の住所** | | | | | **〒** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **被保険者の勤務している事業所の** | | | | | **名　称** | |  | | | | | | | | | | **電話** |  | | |
| **所在地** | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **第三者行為によって生じた事故の** | | | | | **傷病名** | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **発生日時** | | **年　　月　　日　午前・午後　　時　　分** | | | | | | | | | | | | | |
| **発生場所** | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **第三者（加害者）の** | **氏　名** | | | | | |  | | | | | | | | | | **電話** | **（　　　）** | | |
| **現住所** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **勤務している事業所名** | | | | | |  | | | | | | | | | | **電話** | **（　　　）** | | |
| **事業主氏名** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **同上所在地** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **氏名や住所が分からないときはその理由** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **被扶養者が受けた事故については** | | | | | **氏　　名** | |  | | | | | | | | | | | **続柄** |  | |
| **生年月日** | | **昭・平・令　　　年　　月　　日** | | | | | | | | | | | | | |
| **事故発生の状況** |  | | | | | | | | | | | | | **発生現場見取図** | |  | | | | |
| **事故発生の際、警察官等が立ち会って調査しましたか** | | | | | | | | | | | | | **調査した　　　調査しない** | | | | | | | |
| **調査したときは**  **その者の** | | | | **氏　名** | |  | | | | | | | | | | | | | **受付印** | |
| **所　属** | | **警察署　　　　　　係・派出所** | | | | | | | | | | | | |  | |
| **事故は次のどれにあてはまりますか** | | | | | | | | **即死・療養後死亡・傷病療養** | | | | | | | | | | |
| **その傷病について医師、歯科医師、柔道整復師等の治療を受けましたか** | | | | | | | | **受けた・受けない** | | | | | | | | | | |
| **治療を受けたとき** | | **その医療機関の名称** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **同上所在地** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **治療を受けた期間** | | | | | | | | **年　　月　　日～　　　　年　　月　　日現在** | | | | | | | | | | |
| **治療代の支払方法** | | | | | | | | **健康保険・加害者負担・被害者負担** | | | | | | | | | | |
| **現在治療中のものは今後の治療見込期間** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **事故発生の責任は主としていずれにありますか** | | | | | | | | | | | | | **加害者　・　当方** | | | | | | | |
| **第三者（加害者）に対する**  **損害補償の請求について** | | | **請求しましたか** | | | | | | | **した　・　しない** | | | | | | | | | | |
| **請求したときはその年月日と方法** | | | | | | | **年　　月　　日　　　口頭　・　文書** | | | | | | | | | | |
| **請求していないときはその理由** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **第三者（加害者）に対する**  **損害補償の放棄について** | | | **損害賠償請求権を放棄しましたか** | | | | | | | **した　・　しない** | | | | | | | | | | |
| **放棄したときはその理由及びどの様な方法で相手に表示したか** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **第三者（加害者）の自動車賠償**  **責任保険について** | | | **証明書の番号** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **管轄保険会社の店名** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **保険金の請求をしましたか** | | | | | | | **した　・　しない** | | | | | | | | | | |
| **加害者との間の示談について** | | | **示談が成立していますか** | | | | | | | | | **いる　・　いない** | | | | | | | | |
| **成立しているときはその年月日** | | | | | | | | | **年　　　月　　　日** | | | | | | | | |
|  | | | **損害賠償の種別** | | | | | | **金額** | | | | | | **受領年月日** | | | | | **備考** |
| **加害者から**  **損害賠償を受けたときは** | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **この届に添えて提出する書類** | **①交通事故証明書（原本）　②念書兼同意書（被保険者）　③念書（相手側）**  **④示談をしているときは示談書の写し** |