

健康保険 第三者の行為による傷病届

健康保険証 の記号番号	記号		氏名	— 男・女 年齢 ()			
	番号		現住所				
事業所部署名			所在地				
被扶養者が受けた事故の場合		氏名		続柄		年齢	
加害者	氏名	(生年月日) 年 月 日		加害者 勤務先			
	住所	(電話)		勤務先 住所	(電話)		
※不明の場合その旨 ※ペットの場合は、その飼い主名							
事故内容	発 生 年 月 日	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃					
	発 生 場 所						
	事 故 種 別	自動車事故・バイク事故・殴打・その他() 自転車 刺傷					
	事 故 結 果	即死・入院直後・入院中(死亡 年 月 日)・治療					
	過 失 度 合	被害者 割 ・ 加害者 割					
	所 轄 所			警察署 派出所	警 察 の 立 会	あった・ない ないが届出済・わからない	
	発 生 原 因 及 び 概 況						
治療状況	病 院 名	TEL:					
	住 所						
	支 払 方 法	健康保険・加害者負担・自費・その他 ()					
	窓 口 負 担 金	被害者負担・加害者負担・その他 ()					
	治 療 開 始 日	年 月 日 入院・通院					
	治 療 期 間	治療中・治癒	入院期間約 日・通院期間約 日				
	後 遺 症	ある・ある見込・ない・ない見込		治 療 見 込	治療開始から約 (日・ヶ月)位		
示談状況	今から交渉・交渉中・示談成立(年 月 日)・しない・請求権放棄						
交渉相手連絡先	損保会社名等:		TEL:	担当:			
加害者又は保険 会社からの損害 賠償金の支払	損害賠償金の支払	賠償 金の 内訳	治 療 費 (入院費含む)	円			
	無・有・請求中		休 業 補 償 (1日 円)	円			
	有の場合 金額		年 月 日 ~ 年 月 日				
	(円)		そ の 他		円		
	受領年月日	年 月 日					
損害賠償の種類	保険会社からの賠償 ・ 加害者直接賠償						

この届に添えて提出する書類	
自動車 事故	事故発生状況報告書
	加害自動車に係る保険契約状況
	交通事故証明書※
診断書(死亡のときは死亡診断書と戸籍謄本)	
示談が成立している場合は示談書(写)	
示談が成立していない場合は念書	

年 月 日








届出者

氏名 _____ (印)

※「交通事故証明書」は自動車安全運転センターで発行を申請して下さい。

事故発生状況報告書

—

保険証明書 番号	第 号	当 事 者	甲(加害運転者)	氏名 (電話)	
自動車の番号			乙(被害者)	氏名 (電話)	運転・同乗(甲・甲以外) 歩行・その他
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
道路状況	舗装	してある してない	歩道(両・片)	ある ない	直線・カーブ 平坦・坂
	見通し	良い 悪い	積雪・凍結		
信号又は標識	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)
事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。)	自 車 両  相 手 車  進 行 方 向  信 号  一 時 停 止  人 間  自 転 車  オ ー ト バ イ				
	上記図の説明を書いて下さい				

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

年 月 日

報告者 甲との関係()

乙との関係() 氏名 _____ (印)

念 書

年 月 日 (場所)において

(加害者氏名)の不法行為により、 (被保険者または

被扶養者)の被った傷病について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条第1項の規定によって、貴組合が給付の価額の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領することに異議がないことを、この書面をもって申立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 保険会社を含む加害者側と示談を締結する場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申出し、加害者側に白紙委任状を渡さないこと
2. 保険会社を含む加害者から金品を受けたときは、受領年月日・内容・金額を洩れなくかつ速やかに貴組合に申出ること、さらに申出がなかった場合に貴組合が保険会社を含む加害者側に書面により照会することに同意すること
3. 貴組合が、保険会社を含む加害者側に診療報酬明細書等の写しを使用して、保険給付した金額の範囲内で請求権を行使することに同意すること
4. 高額療養費の請求及び受領については、貴組合の自動支払制度を利用せず、損害賠償金額が確定した後に私が書面により請求すること
5. 健康保険組合より請求のあった資料・書面については、ただちに提出すること

年 月 日

住所

氏名

印