

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 番号	氏名	男・女 年齢 ()			
事業所部署名		現住所	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			
※不明の場合その旨 ※ペットの場合は、 その飼い主名	住所	(電話)	勤務先 住所	(電話)		
事故内容	発生年月日	平成 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				
	過失割合	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	平成 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(平成 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 (円)		平成 年 月 日 ~ 年 月 日			
	受領年月日	平成 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

平成 年 月 日

届出者

氏名 _____

※「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。

加害自動車に係る保険契約状況

加害者の自賠責保険および自動車保険の加入状況	自賠責保険	第三者(加害者)の自賠責保険証明書番号		号								
		保険契約者	(氏名)	(住所)								
		第三者(加害者)と契約者との関係										
		保険契約期間	自	昭和 平成	年	月	日	至	昭和 平成	年	月	日
		保険会社の管轄店名										
		保険会社の管轄店所在地										
	自動車保険 (任意保険)	第三者(加害者)の自賠責保険証明書番号		号								
		保険契約者	(氏名)	(住所)								
		第三者(加害者)と契約者との関係										
		保険契約期間	自	昭和 平成	年	月	日	至	昭和 平成	年	月	日
		保険金額	対人	万円								
		保険会社の管轄店名										
保険会社の管轄店所在地												
示談の状況	示談が成立した(平成 年 月 日)・交渉中・示談はしない・示談をする予定・裁判の見込・請求権を放棄											
	示談が成立していない理由		請求権を放棄した理由									
	交渉中の保険会社名		担当者名									
	交渉中場合その状況											

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)			
事故現場の状況を図示して下さい。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。)			
上記図の説明を書いて下さい	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"></div> <div style="width: 35%;"> <p>自 車 両 </p> <p>相 手 車 </p> <p>進 行 方 向 </p> <p>信 号 </p> <p>一 時 停 止 </p> <p>人 間 </p> <p>自 転 車 オ ー ト バ イ </p> </div> </div>			

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 _____



念 書

平成 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

平成 年 月 日

住所

氏名

印