

(記入例)

第三者の行為による傷病届

(その1)

三越伊勢丹健康保険組合理事長 殿

健康保険法第57条(損害賠償請求権)・健康保険法施行規則第65条の規定により届け出ます。

令和 〇〇年 〇月 〇〇日

被保険者 住 所 東京都△△区△△ 〇-〇-〇

氏 名 健保 太郎

TEL 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

被保険者証 記号番号		(記号) 〇〇〇〇	(番号) 〇〇〇〇〇
被保険者が勤務している事業所	名称	株式会社 △△△△△	
	所属	〇〇店 〇〇部 〇〇担当 (連絡先 内線または外線: △△△-△△-△△△△)	
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	〇田 〇夫	生年月日 大(昭)・平 △△年 △月 △日
	現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都△△市△△町 〇-〇 TEL △△△(△△)△△△△	
加害者の勤務先	名称又は氏名	〇〇運送株式会社	事業内容又は職業 配送業
	所在地又は住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都△△区△△ 〇-〇-〇 TEL △△(△△△)△△△△	
加害者の住所氏名が判らないとき	その理由		
事故内容	傷 病 名	頸椎捻挫	発 生 年月日 令和〇〇年 〇月 〇日 午前(午後) △時△△分頃
	発 生 場 所	(都道府県名から番地まで記入) 東京都〇〇市〇〇町 国道△△線 〇〇付近	
	公私等の区別	勤務中(休憩時間を含む)・通勤途上()・私用	
	事 故 内 容	自動車事故・バイク 事故・殴打 自転車 事故・刺傷 ・ その他()	
	警察への届出所 轄 署	有り(人身事故・物損事故)・無し・わからない 警察署 派出所	
	過失の度合	自分 になんぶ 0.1.2.(3).4.5.6.7.8.9.10	相手 になんぶ 0.1.2.3.4.5.6.(7).8.9.10

●該当する場所を○でかこみ、必要事項を記入してください。

受付日付印

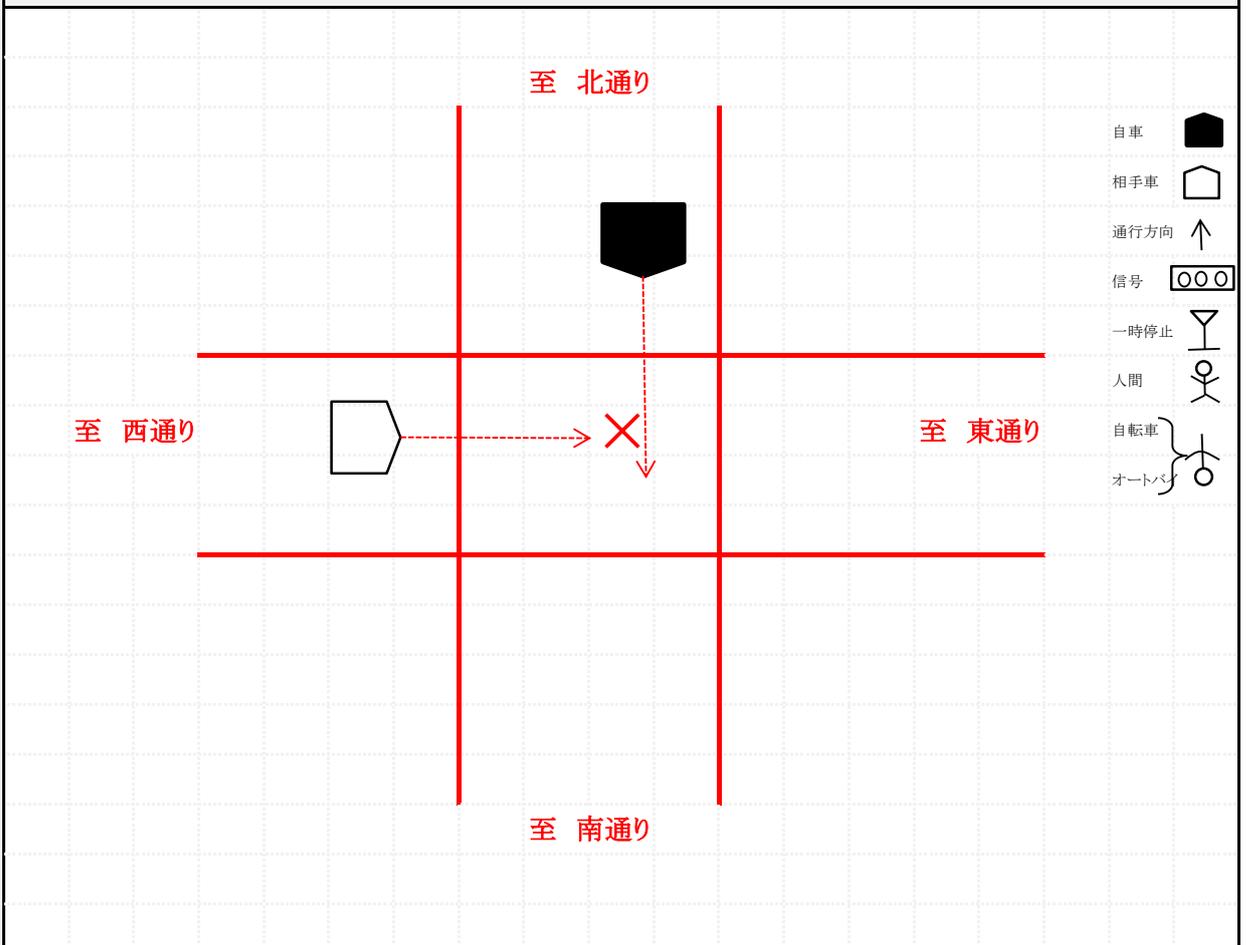
加害者の行為によって生じた事故について、加害者の行動及び被害者の行動を詳しく記入してください。

事故発生
の
状況

北通りより南通り方面へ進行のため交差点に進入した時、西通り方面より加害者が一時停止せずに進入してきたため、自車の側面部と加害者の車の前面部が衝突をした。

事故が発生した場所の見取図を記載して下さい。また、被害者と加害者の行動を、赤点線で表示して下さい。

事故現場
の
見取図



●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。

事故の相手の損害保険加入状況

自賠責保険	保険会社	名称	△△海上火災保険 株式会社		
		所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都△△区△△ 〇-〇-〇 TEL △△(△△△)△△△△		
	保険加入証明 記号番号	第〇〇〇〇〇〇号	保険契約 期間	自 令和〇〇年 〇月 〇日 至 令和〇〇年 〇月 〇〇日	
	保険契約者 氏名	〇田 〇夫			
	自動車の 保有者氏名	〇田 〇夫		加害者と自動車 保有者との関係	本人
任意保険 (対人)	保険会社	名称	〇〇損害保険 株式会社		
		所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都△△区△△ 〇-〇-〇 △ビル2階 TEL △△(△△△)△△△△		
		担当者名	〇〇営業所 △課 〇川 〇之 TEL △△(△△△)△△△△		
	保険加入証明 記号番号	第 〇〇〇〇号	保険契約 期間	自 令和〇〇年 〇月 〇日 至 令和〇〇年 〇月 〇〇日	
	保険契約者 氏名	〇田 〇夫		任意一括について	有・無

※任意一括とは、自賠責保険だけの対応ではなく任意保険会社に対応している場合です。

示談	成立	令和 年 月 日	交渉中	令和〇〇年 〇月 〇日
		令和 年 月 日		

損害賠償を受けた時は必ず記入してください。

※示談しているときは、示談書の写しを添付してください。

損害賠償金の受領状況	した(請求者名) ・ しない 請求中			
損害賠償を受けたとき	損害賠償の種類	加害者直接賠償 ・ 保険会社からの賠償		
	賠償金の内訳	受領日	金額	受領したものの名目
		令和 年 月 日	円	
		令和 年 月 日	円	
		令和 年 月 日	円	
		令和 年 月 日	円	
令和 年 月 日	円			

		この事故で医師の治療を受けましたか <u>受けた</u> ・ 受けない				
治療状況 (治療順)	①	名称	〇〇総合病院	入院	令和 年 月 日～ 年 月 日	
		所在地	東京都〇〇市〇〇町 △-△	外来	令和〇〇年〇月〇日～ 年 月 日	
		支払方法	<u>健康保険</u> ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他()			
		治療終了日	令和 年 月 日			
	②	名称		入院	令和 年 月 日～ 年 月 日	
		所在地		外来	令和 年 月 日～ 年 月 日	
		支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他()			
		治療終了日	令和 年 月 日			
	③	名称		入院	令和 年 月 日～ 年 月 日	
		所在地		外来	令和 年 月 日～ 年 月 日	
		支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他()			
		治療終了日	令和 年 月 日			
治療見込		令和〇〇年〇月〇日 から 約△日・〇月くらい				

● 該当する場所を○でかこみ、必要事項を記入してください。

この届出に添えて提出する書類

1. 交通事故証明書(自動車安全運転センター発行のもの)
2. 事故発生状況報告書
3. 診断書(届出用紙に記入した場合は不要)
4. 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書
5. 念書
6. 示談書の写(示談が成立しているき)

念 書

(場所)

令和 ○○年 ○○月 ○○日 東京都○○市○○町 国道△△線 ○○付近
(加害者氏名) (被害者氏名)

において ○田 ○夫 の不法行為により 健保 太郎 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 条の規定によって、健康保険組合が給付の価額の限度において取得並びに行使し、かつ賠償金を受領すること、また求償事務において保険会社等に個人情報を提供することに異議がないことを、ここに書面をもって申し立てます。

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. 加害者側と示談を行う場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
2. 自賠責保険に被害者請求する場合には必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
3. 加害者側に白紙委任状を渡さないこと。
4. 加害者側から金品(自動車損害賠償保険の保険金受領含む)を受けたときは、受領年月日・内容・金額(評価額)をもれなく、かつ遅滞なく貴組合に届け出ること。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

住 所 東京都○○市○○町 △-△-△

氏 名 健保 太郎



三越伊勢丹健康保険組合 理事長 殿