

健康保険 第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その1)

被 害 者 ・ 加 害 者	被 保 險 者 証 号 記 号 第 号	氏 名	⑩
	被 害 者 が 勤 務 中 に 在 職 中	名 称	〒 ()
	被 害 者 が 勤 務 中 に 在 職 中	所 在 地	〒 ()
	被 扶 養 者 が 受 け た 事 故 で あ る と き	氏 名	被 保 險 者 と の 続 柄
	加 害 者	氏 名	生 年 月 日 明 大 年 月 日 昭 平
	加 害 者 の 勤 務 先	氏 名	事 業 内 容 又 は 職 業
事 故 内 容	加 害 者 の 住 所 氏 名 が 判 ら ない と き	現 住 所	〒 ()
	傷 病 名	発 生 年 月 日	年 月 日 午 前 ・ 後 時 分 頃
	発 生 の 場 所		
	種 別	自 動 車 事 故 ・ バイク 事 故 ・ 毆 打 ・ そ の 他 () 自 転 車 事 故 ・ 刺 傷	
	事 故 結 果	即 死 ・ 入 院 直 後 の 死 亡 (死 亡 年 月 日) ・ 治 療 入 院 中 の 死 亡	
	警 察 官 の 立 合	あ っ た ・ な い ・ な い が 届 出 済 ・ わ か ら ない	
	所 轄 署	警 察 署	派 出 所
過 失 の 度 合	自 分 が な ん ぶ	相 手 方 が な ん ぶ	
	1・2・3・4・5・6・7・8・9・#	1・2・3・4・5・6・7・8・9・#	

○該当文字を○でかこみ、必要事項は記入して下さい。

受付日付印

この届に添えて提出する書類	自動車事故のときは	1. 交通事故証明書 2. 事故発生状況報告書 3. 診断書 4. 念書 5. 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書
		6. 示談をしているときは示談書の写

(その2)

事 故 発 生 の 状 況	加害者の行為によって生じた事故について、加害者の行動および被害者の行動をわかりやすく、詳しく記入してください。
事 故 現 場 の 見 取 図	事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして、被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示してください。

○自動車事故であつて、「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。

(その3)

治療状況を 受け た と き	この事故で医師の 治療を受けましたか		うけた・うけない			
	治療 を 受 け た と き	医療機関	名称			
			所在地	Tel()		
		支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他()			
		治療開始	令和 年 月 日	入院 通院		
		健康保険による 診療開始年月日	令和 年 月 日			
		転 帰	現在入院中・通院加療中・治癒・中止(令和 年 月 日現在)			
	入院治療期間	入院	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	
		通院	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	
	後遺症	ある・ある見込・ない・ない見込				
	治療見込	令和 年 月 日から約 日 ぐらい				
加害者の自動車 保険加入状況 (1)	責任保険・責任共済 保険加入の有無		ある・ない	保険契約 期間	自	年 月 日
	保険加入証明 記号番号		第 号	契約者氏名	至	年 月 日
	契約保険会社等		名称			
			所在地	Tel()		
	自 動 車	保有者氏名				
" 住所		Tel()				
種 別						
登録番号又は 車 輛 番 号						
車 台 番 号						
加害者の自動車 保険加入状況 (2)	任意保 入の有無		ある・ない	保険契約 期間	自	年 月 日
	保険加入証明 記号番号		第 号	契約者氏名	至	年 月 日
	契約保険会社等		名称			
			所在地	Tel()		
	自 動 車	保有者氏名				
" 住所		Tel()				
種 別						
登録番号又は 車 輛 番 号						
車 台 番 号						

(その4)

示 談 状 況	示談が成立	示談が成立していない	請求権	放棄した・放棄しない							
	令和 年 月 日	令和 年 月 日現在	令和 年 月 日現在	(放棄した理由)							
損 害 賠 償 の 請 求 お よ び 支 払 状 況	自動車事故のとき保険会社等 から賠償金の受領は	した(請求者名)・しない・請求中									
	加害者に対する損害賠償の請求	していない・した	年 月 日	<table border="0"> <tr> <td>治療費</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>休業補償</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>円</td> </tr> </table>	治療費	円	休業補償	円	その他	円	
治療費	円										
休業補償	円										
その他	円										
第三 者 (加 害 者) か ら 損 害 賠 償 を う け た と き	損害賠償の種類	加害者直接賠償・保険会社等からの賠償									
	賠償金の内訳	治療費 (入院費を含む)	円								
		休業補償費	<table border="0"> <tr> <td rowspan="2"> 自令和 年 月 日 至令和 年 月 日 </td> <td>1日に付</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>_____日分</td> <td></td> </tr> <tr> <td>計</td> <td></td> <td>円</td> </tr> </table>	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	1日に付	円	_____日分		計		円
		自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	1日に付		円						
			_____日分								
		計		円							
		葬祭費	円								
		慰謝料	円								
		見舞金	円								
		障害補償費	円								
その他	円										
合計	円										
受領方法 および年月日	全 額	令和 年 月 日受領									
() 回 払	分 割	第1回	円 年 月 日受領								
		第2回	円 年 月 日受領								
		第3回	円 年 月 日受領								

事故発生の際、警察官が立ち会って調査しましたか。		調査した・しない	
調査したときはその者の	氏名		
	所属	警察署 係 派出所	
事故は次のどれに当てはまりますか。		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、柔道整復師等の医療を受けましたか。		うけた うけない	
治療を受けたとき	その医療機関の名称		
	同上所在地	Tel ()	
	治療を受けた期間	自令和 年 月 日～至令和 年 月 日現在	
	その治療代の支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他()	
	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)に対する損害賠償の請求について	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	令和 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)に対する損害賠償の放棄について	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およびどの様な方法で相手に表示したか		
第三者(加害者)が自動車等を運行していた為の事故の場合はその自動車等が加入している自動車賠償責任保険について	証明書番号	第 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		令和 年 月 日	
加害者から損害賠償を受けたときは	損害賠償の種類別	金額	受領年月日	備考

示談が成立しているときは、示談書の内容を下記に記載するか、別に写しを作って添付すること。

事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記の通り報告いたします。

甲 (加害運転者)	氏名		乙 (被害者)	氏名		運 転 ・ 同 乗 { 甲車 甲車以外の車 歩行・その他()
速 度 甲車	km/h (制限速度)	km/h, 甲車以外の車	km/h (制限速度)	km/h		
事故現場における自動車と被害者との状況を図示して下さい。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)					
	甲 車 甲車以外の車 進 行 方 向 信 号 一 時 停 止 人 間 自 転 車 } オ ー ト バ イ }					
書上 記 図 の 説 明 を	_____ _____ _____ _____					

甲車以外の車について判明している場合、ご記入してください。

自 動 車 の 番 号		運 転 者	氏 名 (電話)
保 有 者	〒 住所		氏 名 (電話)

令和 年 月 日
 報 告 者 甲との関係() 氏名 _____ 印
 乙との関係()

念 書

(事故発生場所) (加害者名)
 令和 年 月 日 において の
 (被害者名)
 不法行為により の被った保険事故について、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のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者側から金品を受けたときは、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

氏 名



日本貨物検数健康保険組合理事長 殿