

記入例

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	被保険者証 記号・番号	記号 0010 第 123456 号	氏 名	健保 健大 印	
	被害者が勤務 している事業所	名 称	日本貨物検数協会 ○○支部 △△事務所		
		所 在 地	○○県△△市… 12(×××)×××-××××		
	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	▽▽ ▽▽	生年月日	明大 45年 9月 23日 昭平
		現 住 所	○○県※※市… 12(×××)×××-××××		
	加 害 者 の 勤 務 先	名 称 又 は 氏 名		事 業 内 容 又 は 職 業	
所 在 地 又 は 住 所		12()			
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	右足骨折	発生年月日	令和 2年 3月 3日 午前・(後) 7時00分頃	
	発 生 の 場 所	○○県△△市… 路上			
	種 別	自動車事故・バイク 事故・殴打・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。

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

受付日付印

(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。
	3月3日19時頃小雨の中、加害者車両が一時停止の交差点を一旦停止せず 直進してきて、買い物が終わって帰る途中の被害者車両と出合い頭に衝突した
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	いろは総合病院			
			所在地	〇〇県□□市… 〒(×××)×××-××××			
		支払方法	健康保険 ・加害者負担・自費・その他()				
		治療開始	令和 2 年 3 月 3 日	入院	通院		
		健康保険による 診療開始年月日	令和 2 年 3 月 3 日				
		転 帰	現在入院中・ 通院加療中 ・治癒・中止(令和2年 5月26日現在)				
		入院治療期間	入院令和 2 年 3 月 3 日～令和 2 年 4 月 3 0 日 通院令和 2 年 5 月 1 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 2 年 3 月 3 日 から約 5 月 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	自 令 和 1 年 9 月 2 0 日 至 令 和 2 年 9 月 2 0 日	
	保険加入証 明 記 号 番 号		第 12345 号	契約者氏名	▽▽ ▽▽	
	契約保険会社等		名称	ABC損害保険会社		
			所在地	〇〇県**市… 〒(×××)×××-××××		
	自 動 車	保有者氏名	▽▽ ▽▽			
		〃 住所	〇〇県**市… 〒(×××)×××-××××			
		種 別	自家用小型乗用車			
		登録番号又は 車 輦 番 号	** 500 ね ☆☆☆☆			
		車 台 番 号	** 5-123456			

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	自 令 和 1 年 8 月 2 5 日 至 令 和 2 年 8 月 2 5 日	
	保険加入証 明 記 号 番 号		第 54321 号	契約者氏名	▽▽ ▽▽	
	契約保険会社等		名称	アイウ火災保険会社		
			所在地	〇〇県**市… 〒(×××)×××-××××		
	自 動 車	保有者氏名	▽▽ ▽▽			
		〃 住所	〇〇県**市… 〒(×××)×××-××××			
		種 別	自家用小型乗用車			
		登録番号又は 車 輦 番 号	** 500 ね ☆☆☆☆			
		車 台 番 号	** 5-123456			

(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	
	平成 年 月 日		平成 2 年 5 月 26 日現在		平成 年 月 日現在		
			(理由)	1. 交渉中である。 ②. 交渉する予定である。 3. 交渉に応じない。		(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 { 治療費 円 休業補償 円 口 頭・文 書 { 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		{ 自平成 年 月 日 } 1日に付 円 至平成 年 月 日 { 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			分 割 () 回 払		全 額		平成 年 月 日受領			
				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	◎◎ ◎◎◎ 巡査			
	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	いろは総合病院			
	同上所在地	◎◎県□□市… Tel(×××)×××-××××			
	治療を受けた期間	自令和2年 3月 3日～至令和2年 5月26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	5ヶ月			
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 2 年 4 月 5 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よう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 54321 号			
	管轄保険会社の店名	アイウ火災保険会社			
	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 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	健保 健大	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。 書 上 い 記 図 の 説 明 を	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)					
3月3日19時頃小雨の中、加害者車両が一時停止の交差点を一旦停止せず直進してきて、買い物が終わって帰る途中の被害者車両と出合い頭に衝突した。						

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	** 500 い ☆☆☆☆	運転者	氏 名 健保 健大 (電話) (×××)×××-××××
保 有 者	〒〇〇〇-〇〇〇〇 住所 〇〇県△△市…		氏 名 健保 健大 (電話) (×××)×××-××××

令和2年 5月26日

報 告 者 甲との関係()
乙との関係(本 人) 氏 名 健保 健大 ㊞

念 書

(場 所) (加 害 者)
令 和 2 年 3 月 3 日 △△市・・・において▽▽ ▽▽ の
(被 害 者)
不法行為により 健保 健大 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。

- 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。
- 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 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2年 5月26日

住 所 〇〇県△△市…

氏 名 健保 健大 ㊞

日本貨物検数健康保険組合理事長 殿