

# 第三者の行為による傷病届

## ＜被害者（被保険者・被扶養者）＞

被保険者	記号		氏名			TEL
	番号		住所	〒		
	事業所名			課・BL	TEL	内線
事故 該当者	本人の 場合	氏名	男・女 才	生年月日	年号 年 月 日	
	被扶養者 (家族) の場合	氏名	男・女 才	生年月日	年号 年 月 日	
		職業	続柄			
治療状況	病院名			主傷病名		
	治療期間	自：年 月	～	至：年 月	治療中	・治癒
	病院の 住所	〒		TEL		
人身傷害 保険確認	被保険者又は被扶養者の自動車損害賠償保険契約（任意保険）について ・今回の治療にご自身の任意保険の人身傷害補償保険を使用していますか？（いる・いない）					

## ＜加害者（事故相手）＞

加害者	氏名	男・女 才	生年月日	年号 年 月 日	
	住所	〒		TEL	
	勤務先 名称			所属	
	勤務先 住所	〒		TEL	内線
自動車	車名	登録番号			車台番号
	車両 保有者名	加害者との関係		本人 従業員	家族 その他（）
自賠責 保険	保険会社 名称	担当部署			
	保険会社 住所	〒		TEL	
	証明番号	契約期間		年 月 日 ～ 年 月 日	
保険 契約者	加害者との関係		本人 従業員	家族 その他（）	
任意 保険	保険会社 名称	担当部署			
	保険会社 住所	〒		TEL	
	証明番号	契約期間		年 月 日 ～ 年 月 日	
	保険 契約者	加害者との関係		本人 従業員	家族 その他（）

## ＜事故発生内容＞

発生年月日	年 月 日（）		AM・PM	時 分頃
発生場所				

提出期限 3週間以内に健保組合に提出

添付書類  
・交通事故証明書 人身扱【原本】  
(物損扱の場合 → 人身事故証明書入手不能理由書 追加)

受付日受印

登録処理

## 事故発生状況報告

甲氏名 (加害運転者)		乙氏名 (被害者)		運転・同乗 歩行・その他（）	自車 <input checked="" type="checkbox"/>
速度	甲車両 km/h(制限速度 km/h)	乙車両 km/h(制限速度 km/h)		相手車 <input type="checkbox"/>	
事故発生状況概略図 事故現場における状況を図示して下さい（道路幅をmで記入して下さい）					進行方向 <input type="checkbox"/>
					信号 <input type="checkbox"/>
					一時停止 <input type="checkbox"/>
					一方通行 <input type="checkbox"/>
					人間 <input type="checkbox"/>
					自転車 バイク <input type="checkbox"/>
					接触点 <input type="checkbox"/>
					天候・交通状況
					路面の状況
					信号機の作動状況
					標識の有無・種類
					街路照明（夜間）
					建物・分離帯・歩道
					立ち木・植込み
					相手に気づいた地点
					回避操作・有無・内容
					太陽・ライトの幻惑
<概略図の説明・補足を詳しくご記入下さい>					

## 念書

年 月 日（場所）において（相手）の不法行為により（被害者）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行使し且つ賠償金を受領することに異議のないこと又、損害賠償請求行使に伴う加害者側（保険会社を含む）への保険給付額の算出基礎となる資料提供及び既に受領した金品の有無、並びにその金額、内訳等について情報提供を受けることに同意致します。

尚、あわせて次の事項を遵守することを誓約致します。

- 1 加害者側と示談を行う場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 2 加害者側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、かつ遅滞なく貴職に申し出ること。
- 4 健保組合より請求のあった資料については、ただちに提出すること。
- 5 自動車損害賠償責任保険に被害者請求する場合は、必ず前もって貴職に申し出ること。
- 6 治療完了（症状固定）したときは、遅延なく貴職に連絡すること。
- 7 前記各項に反して、健保組合に損害をかけたときは賠償義務を持つこと。

年 月 日

【被保険者】

住所  
氏名

印

【被害者】

住所  
氏名

印