

健康保険第三者行為による傷病届（車・バイク・自転車等の交通事故）

本人・家族

(その1)

令和 年 月 日

被害者 ・ 加害者 関係	被保険者等 記号と番号	記号	氏名				
		番号	現住所				
	被害者が勤務 している事業所	名称					
		現在地		TEL ()			
	被扶養者がうけた 事故である時	氏名		被保険者との続柄			
	加害者	氏名		生年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	令和 年 月 日
		現住所	TEL ()				
	加害者の勤務先	名称 または氏名		事業内容又は職業			
		所在地 または住所	TEL ()				
	加害者の住所氏名 がわからないとき	その理由					
事故 内容	傷病名						
	発生年月日	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃					
	発生時の状況	勤務中・通勤途上・私用外出中・その他()					
	発生の場所						
	種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・暴行・その他()					
	事故結果	即死・入院直後の死亡／入院中の死亡(死亡 年 月 日)・治療中					
	警察官の立会	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		
	過失の度合い	自分がなんぶ	相手がなんぶ				
0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10		0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10					

※以下の書類を添えてください。

1.交通事故証明書

交通事故証明書(右下欄)に**物件事故**と記載がある場合は、必ず「人身事故証明書入手不能理由書」の提出も必要です。

2.死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書

3.診断書および示談書がある場合は、写しを添えてください。

(その2)

※示談をする前には、必ず健康保険組合にご連絡ください。

示談状況 (いずれかに「○」をした上、ご記入ください)		成立していない・交渉中	令和 年 月 日 現在			
		成 立 し た	令和 年 月 日 に成立			
		請 求 権 を 放 棄 し た	令和 年 月 日 に放棄			
		放棄した場合はその理由……				
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からの賠償金は	受領した(請求者名)・受領していない・申請中				
	加害者(第三者)に対する損害賠償の請求は	請求した	令和 年 月 日に			
			口頭・文書 で請求			
		内 訳	治療費	円		
			休業補償費	円		
			その他	円		
	請求していない	理由……				
	第三者(加害者)から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	治療費(入院費含む)	円		
			休業補償費	円 (令和 年 月 日～ 年 月 日) 日分 1日につき 円		
葬祭費			円			
慰謝料			円			
見舞金			円			
傷害補償費			円			
その他			円			
合計			円			
受領方法・受領日		全 額	令和 年 月 日受領			
	(分 割)回払	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				
被害者の人身傷害保険	加入の有無	あり・なし 保険会社名	取扱窓口			
		担当者名	TEL ()			

※提出日現在の示談の状況を記入してください。
 ※加害者から損害賠償を受けたときは必ず記入してください。

損害賠償責任保険契約内容(相手方の車両)

1. 自動車・バイク事故の場合

		自賠責保険		任意保険(対人)	
保険会社名称					
証書番号					
保険契約期間		自平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日 (カ月)		自平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日 (カ月)	
契約者	住所	〒 TEL ()		〒 TEL ()	
	(フリガナ) 氏名				
保有者	住所	〒 TEL ()		〒 TEL ()	
	(フリガナ) 氏名				
取扱窓口	所在地	〒 TEL ()		〒 TEL ()	
	名称				
	(フリガナ) 担当者				
自動車の種別			登録No.		車台No.

2. 自動車・バイク事故以外の場合

保険会社	名称			種別	
	証書番号				
保険契約期間		自平・令 年 月 日 ・ 至 平・令 年 月 日 (カ月)			
契約者	住所	〒 TEL ()			
	(フリガナ) 氏名				
取扱窓口	所在地	〒 TEL ()			
	名称			(フリガナ) 担当者	

治 療 の 状 況

この事故で医師の 治療を受けましたか		受 け た ・ 受 け ない	
治 療 を	医 療 機 関	名 称	
		所在地	〒 TEL ()
受	支 払 方 法	健康保険 ・ 加害者負担分 ・ 自費 ・ その他()	
け た と	治 療 開 始	令和 年 月 日 入院 通院	
	転 帰	令和 年 月 日 現在 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止	
き	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 ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み	
	治 療 見 込	令和 年 月 日 から 約 日ぐらい	

以下の欄は記入する必要はありません

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支 給 年 月 日	備 考
療 養 の 給 付	円	令和 年 月 日 令和 年 月 日 日間		
療 養 費	円	マッサージ・コルセット 柔道整復施術・輸血		
傷 病 手 当 金	円	令和 年 月 日 令和 年 月 日 日間		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

念 書

年 月 日(場所) において(加害者名) の
不法行為により(被害者名) の被った事故について、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条第1項の規定によって、
健康保険組合が給付の価額の限度において取得行使し、かつ損害賠償金を受領すること、及び求償事務
に必要な範囲で当該事案に関する私の個人情報に加害者、医療機関、損害保険会社等から取得し、かつ
弁護士等委託先の他加害者及びその代理人、裁判所及び裁判外紛争解決機関等に提供することについ
て異議のないことを、ここに書面をもって申し立てます。

なお、併せて次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)をまれなく、かつ遅滞なく
貴職に届け出ること。
4. 自賠償保険に被害者請求する場合には、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

服装健康保険組合 理事長 殿

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とおり報告致します。

甲(甲車の運転者)	氏名		事故発生時、乙は・・・
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ください	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 		
ご上 説明 図に ついて ください		

甲車以外の車について判明している場合ご記入ください。

自動車の番号		運転者氏名		TEL	()
保有者氏名		住所		TEL	()

年 月 日

甲との関係()

報告書作成者氏名 _____ (印)

乙との関係()

負傷原因について（回答書）

被 保 険 者	被保険者等の	記号		番号	
	氏名				
自 宅 住 所	〒				
	Tel ()				
対 象 者	氏名			続柄	
負 傷 日 時	令和 年 月 日() 午前・午後 時 分頃				
当 日 の 勤 務 時 間	時 分 ~ 時 分				
負 傷 場 所	<p>(該当する項目を「○」で囲み、おおよその場所をご記入ください。訪問先、その他の場合には、その施設名などもご記入ください)</p> <p>事業所内・駅構内・自宅・学校内・乗り物の中・路上</p> <p>訪問先()</p> <p>その他()</p> <p>おおよその場所()</p>				
状 況	<p>通勤(帰宅)途中・勤務時間中・休憩中・移動中</p> <p>アルバイト・パート・農作業・家事の手伝い・町内行事</p> <p>車運転中・車同乗中・学校クラブ活動中・散歩</p> <p>スポーツ競技()</p> <p>ショッピング・家事・その他()</p>				
ど の よ う な 事 故 が お き ま し た か	(できるだけ具体的にご記入ください)				
負 傷 名					
受 診 医 療 機 関 名	① ② ③				
原 因	第三者からの加害行為(事故を含む)で ある ・ 違う				
損 害 賠 償 請 求 の 有 無	請求した ・ 請求しない				