

# 健康保険 第三者の行為による傷病届

(その1)

被害者・加害者関係	被保険者 (被害者)の	記号	○○○○		氏名	住友 太郎		
		番号	○○○○					
		現住所	〒 000 - 0000 新宿区○○町0-0 Tel. 12 ( 3456 ) 7890					
		勤務先名称	住友不動産販売(株) (所属 ××部 )					
		勤務先所在地	〒 000 - 0000 新宿区00-00 Tel. 09 ( 8765 ) 4321					
被扶養者 (家族)の事故 であるとき	氏名						続柄	
	生年月日	昭平令 年 月 日 ( 歳)						
第三者 (加害者)の	氏名	安全 大地			生年月日	昭平令 ○○年 ○月 ○日 ( ** 歳)		
	現住所	〒 000 - 0000 ○○市××町0-0 Tel. 33 ( 4444 ) 5555						
	勤務先名称	○△□(株)						
	勤務先所在地	〒 000 - 0000 Tel. 77 ( 8888 ) 9999						
第三者 が不明のとき	その理由							
事故 内容	事故発生日	○○年 ○月 ○日 ( ○ ) 午前・ <u>午後</u> 5時30分頃						
	発生時の状況	①勤務中 ②通勤途上 ③私用 ④ <u>その他</u> ( 買い物に行く途中 )						
	発生の場所	○○市△△区**町0-0-0						
	事故の種類	① <u>自動車事故</u> ②バイク・自転車事故 ③殴打・刺傷 ④その他 ( )						
	警察への届出	① <u>届出済</u> ( 藤沢 署) ②未届け (理由: )						
	過失の度合いは なんぶずつある と思いますか	自分の過失			相手の過失			
	0, <u>1</u> , 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10			0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, <u>9</u> , 10				

この届に添えて提出する書類	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 交通事故のとき             <ol style="list-style-type: none"> <li>①交通事故証明書 (人身事故扱い) …自動車安全運転センターで発行されます</li> <li>②事故発生状況報告書</li> <li>③損害賠償責任保険契約内容 (相手方の車両)</li> <li>④診断書</li> <li>⑤死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書</li> </ol> </li> <li>2. 示談をしているときは示談書の写し</li> <li>3. 念書 (被保険者記入) および誓約書 (加害者記入)</li> </ol>
---------------	--

受 付 印

治療の状況	この事故で医師の治療を受けましたか	① <u>うけた</u> ②うけない	傷病名		
	治療を受けたとき	医療機関名	□□病院		
		所在地	〒 000 - 0000 新宿区〇〇町0-0 ☎ 55 ( 6666 ) 7777		
		支払方法	①健康保険 ②加害者負担 ③全額自費 ④その他 ( )		
		治療期間	入院	〇〇年〇月〇日～〇〇年〇月〇日まで	
		通院	〇〇年〇月〇日～〇〇年〇月〇日まで		
	治療経過	〇〇年〇月〇日現在 ①入院中 ② <u>通院中</u> ③治癒 ④治療中止			
転院したとき	医療機関名				
	所在地	〒 - ☎ ( )			
	支払方法	①健康保険 ②加害者負担 ③全額自費 ④その他 ( )			
	治療期間	入院	年 月 日～年 月 日まで		
		通院	年 月 日～年 月 日まで		
	治療経過	年 月 日現在 ①入院中 ②通院中 ③治癒 ④治療中止			
	治療期間の見込	〇〇年〇月〇日から 約 30 日くらい			
	後遺症	①ある ②ある見込 ③ない ④ <u>ない見込</u>			
示談の状況	※示談を行うときは必ず事前に健康保険組合へご連絡ください。	①示談成立	年 月 日	※示談書の写しを添付のこと	
		② <u>交渉中</u>	〇〇年 〇月 〇日		
		③請求権放棄	年 月 日		
		交渉をしていないときはその理由			
		請求権を放棄したときはその理由			
損害賠償請求の状況	加害者に対する損害賠償の請求	①請求し受領済み ( 年 月 日受領 円) ②請求していない (理由: ) ③請求中			
	自動車・バイク事故のとき加害者の自動車保険への賠償金の請求	①した (請求先: ①自賠責保険へ ②任意保険へ ) ②していない (理由: )			
	損害賠償を受けたときはその種類及び金額	①加害者直接賠償 ②保険会社からの賠償 治療費 円 休業補償 円 その他 円 合計 円			

## ※届出記入上の注意

1. 該当文字を○で囲み、必要事項を記入してください。
2. 労災（業務上や通勤途上での事故）に該当する場合は健康保険の給付は受けられません。健康保険証を使用したときは、かかった治療費について返納していただきます。労災の申請については、人事部にご相談ください。
3. あなたの過失が大きい場合でも、第三者（加害者）の欄には事故の相手方についてご記入ください。
4. 加害者不明の場合は、記入できる範囲でかまいません。

# 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いたします

甲 (甲車の運転者)	氏名	安全 大地	乙 (被害者)	氏名	住友 太郎	運転・同乗 歩行・その他	甲車 甲車以外の車
速度	甲車	km/h (制限時速	km)	・	甲以外の車	km/h (制限時速	km)
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
書上記の図の 説明を	川崎のディスカウントストアへ買い物に行く途中、国道15号を乗用車で運転中、交差点で信号待ちをしている時、後方から来た車に後部より追突され、負傷した。						

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	住所		氏名 (Tel)

〇〇年      〇月      〇日

報告者 { 甲との関係(                      )  
          乙との関係( 本人                      )

氏名 住友 太郎

# 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		○△□損害保険(株)		××××損害保険(株)	
証 書 番 号		第000000号		第000000号	
保 險 契 約 期 間		自 ○○年 ○月 ○日 至 ○○年 ○月 ○日 ( ○ ヶ月)		自 ○○年 ○月 ○日 至 ○○年 ○月 ○日 ( ○ ヶ月)	
契 約 者	住 所	〒000-0000 ○○市××町0-0		〒000-0000 ○○市××町0-0	
	電 話 番 号 (フリガナ)	TEL 33-4444-5555 アンゼン ダイチ		TEL 33-4444-5555 アンゼン ダイチ	
	氏 名	安全 大地		安全 大地	
保 有 者	住 所	〒000-0000 ○○市××町0-0		〒000-0000 ○○市××町0-0	
	電 話 番 号 (フリガナ)	TEL 33-4444-5555 アンゼン ダイチ		TEL 33-4444-5555 アンゼン ダイチ	
	氏 名	安全 大地		安全 大地	
取 扱 窓 口	住 所	〒000-0000 △△市**町0-0		〒000-0000 □□市○○町0-0	
	電 話 番 号	TEL 88-7777-6666		TEL 66-5555-4444	
	名 称	○△□損害保険(株) ○○支店		××××損害保険(株) ○○支店	
	(フリガナ) 担 当 者	○○ ○○ ○○ ○○		○○ ○○ ○○ ○○	
自動車の種別		普通	登 録 N <sup>o</sup>	○○ ○○ さ 00-00	車 台 N <sup>o</sup> ABC-DEFGH

## 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 險 契 約 期 間		自    年    月    日 ・ 至    年    月    日    (    ヶ月)			
契 約 者	住 所	〒			
	電 話 番 号 (フリガナ)	TEL			
	氏 名				
取 扱 窓 口	住 所	〒			
	電 話 番 号	TEL			
	名 称				
	(フリガナ) 担 当 者				

任意一括払いで    ある    ・    ない    ※    ○をつけてください

# 誓約書 (加害者記入)

〇〇年〇月〇日(場所) 〇〇市△△区\*\*町〇-〇-〇 において私の加害行為により(被害者) 住友 太郎 が被った傷病について、健康保険給付を受けた者が、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項の規定により、その価格の限度において代位請求があった場合は、過失割合に応じて支払うことを連帯保証人とともに署名押印のうえ誓約いたします。

なお、あわせて次の事項も厳守いたします。

1. 相手方と示談をするときは、必ず前もって貴組合に申し出ること。
2. 相手方の治療状況(治癒・中断・症状固定等)をその都度、貴組合に申し出ること。
3. 貴組合からの問い合わせ、資料提出等の依頼には、誠意をもって応じること。

〇〇年〇月〇日

加害者 住所 〒000-0000 〇〇市××町〇-〇  
氏名 安全 大地   
電話番号 33 ( 4444 ) 5555

連帯保証人

住所 〒000-0000 △△市\*\*町〇-〇  
氏名 安全 良子   
電話番号 66 ( 7777 ) 8888

住友不動産販売健康保険組合 理事長 殿

# 念 書

〇〇 年 〇月 〇日 (場所) 〇〇市△△区\*\*町〇-〇-〇 において  
(加害者) 安全 大地 の不法行為により (被害者) 住友 太郎 が  
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 条第 1 項の規定によっ  
て、住友不動産販売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。

また、住友不動産販売健康保険組合が請求権を行使するために、診療報酬  
明細書等の写しを保険会社等へ提供することに同意いたします。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談をおこなう場合は、必ず前もって住友不動産販売健康保険  
組合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）  
をもれなく、かつ遅滞なく住友不動産販売健康保険組合に届け出ること。

〇〇 年 〇 月 〇 日

住 所 〒000-0000

氏 名 住友 太郎



電話番号 12 ( 3456 ) 7890

住友不動産販売健康保険組合 理事長 殿