

健康保険 第三者行為による傷病届

被 保 者	被保険者証	記号	10		番号	100		氏名	健保 太郎		健保印	
	現住所	〒123-456 東京都中央区△△-△-△ 電話番号 03 (XXXX) 0000										
加 害 者	被保険者勤務先	名称	××××株式会社									
		所在地	東京都中央区晴海△-△-△									
事 故 内 容	被扶養者が受けた事故である時	氏名	健保 次郎		生年月日	(昭・平) 14年10月10日		続柄	長男			
	氏名	保険 花子		生年月日	(昭・平) 45年1月23日							
事 故 内 容	現住所	〒234-567 神奈川県横浜市△△-△-△ 電話番号 045 (XXX) 0000										
	勤務先	名称						職業	無職			
事 故 内 容		所在地	〒 - 電話番号 ()									
	相手の住所・氏名が判らないとき	理由										
事 故 内 容	加害車両所有者名	保険 三郎			(加害車両の車両番号) 横浜 012 あ 3456			(所有者との関係) 配偶者				
	事故	発生日	平成 25年 1月 23日					午前 1時 20分ごろ (午後)				
事 故 内 容		場所	東京都中央区晴海△-△-□ 路上 (交差点)									
	事故発生時の状況	被保険者又は被扶養者	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外 ()									
		事故相手	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外 ()									
事 故 内 容	警察への届出	無・有 (平成25年 1月 23日 届出) 届出先 000 警察署・派出所										
	過失の割合	自分なんぶ					相手なんぶ					
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					

平成 25年 1月 30日

住商連合健康保険組合理事長 殿

受付日

※健保使用欄	常務	事務長			係

注) 交通事故の場合、自動車安全運転センター発行の交通事故証明書を添付してください。

治療状況	受診医療機関	名称	▲▲▲▲▲▲病院		
		所在地	東京都中央区晴海〇-〇-▲		
治療状況	主傷病名	骨折		治療開始日	平成 25年 1月 23日
	治療状況	平成 25年 1月 30日現在 入院中・通院中・中止・治癒		治療見込	治療開始日より 約 2ヶ月 くらい
治療状況	後遺症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込 ・ 不明			
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 (自賠償保険含む) ・ 自費 ・ その他 ()			
示談状況	示談成立	平成 年 月 日	(この場合は示談書の写しを添付すること)		
	交渉中	状況または理由			
	交渉していない	事故後間もないため 今現在は交渉していません			
	請求権を放棄した	平成 年 月 日	破棄した理由		
損害賠償請求支払状況	相手に対し損害賠償の請求	現在のところ未請求・請求した		治療費	円
				口頭 ・ 文書	円
損害賠償請求支払状況	相手から損害賠償を受けたとき	治療費	円	備考	
		休業補償	円		
加害者の自動車保険内容		自賠償保険	任意保険		
	保険会社名称	●●●●火災海上保険(株)		▲▲▲損害保険(株)	
契約者	住所	〒234-567 神奈川県横浜市△△-△-△ 電話番号045 (×××) 〇〇〇〇		〒234-567 神奈川県横浜市△△-△-△ 電話番号045 (×××) 〇〇〇〇	
	氏名	保険 三郎		保険 三郎	
契約期間		平成 24年10月1日から 平成 26年10月1日まで		平成 24年10月1日から 平成 25年10月1日まで	
	保険証明記号・番号	第 AZ 01234567 号		123456-7890号	
車種	車両車種	自家用 普通乗用自動車			
	登録番号	横浜 012 あ 3456			
車台番号	車台番号	ZAB-01234567B			
	所在地	〒111 - 1111 東京都千代田区〇〇 ×-×-×		〒111 - 2222 東京都中央区〇〇 ×-×-×	
損害賠償金支払請求店	名称	首都圏損害調査部 自動車第三サービスセンター		本店 第一営業部 自動車サービスセンター	
	担当者	自賠償グループ 電話 03 (▲▲▲▲) ▲▲▲▲		損保 四郎 電話 03 (□□□□) ▲▲▲▲	

誓 約 書

平成 25 年 1 月 23 日 (場所) 東京都中央区晴海△-△-□ 路上 (交差点) において

(加害者名) 保険 花子 の不法行為により (被害者名) 健保 次郎 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条の規定により、住商連合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、この書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約いたします。

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、かつ延滞なく貴組合に届け出ること。
4. 被害者請求を行う場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
5. 治療が完了 (治癒・中断・症状固定等) の場合は速やかに貴組合へ報告する。

平成 25 年 1 月 30 日

住所 東京都中央区△△-△-△

氏名

健保 太郎



印

誓約書

加害者 住所 神奈川県横浜市△△-△-△
氏名 保険 花子

被害者 住所 東京都中央区△△-△-△
(被保険者又は被扶養者) 氏名 健保 次郎

事故発生日時 平成 25 年 1 月 23 日 午後 1 時 20 分ごろ

事故発生場所 東京都中央区晴海△-△-□ 路上 (交差点)

上記第三者行為による事故のため貴組合被保険者又は被扶養者(被害者)の被った災害に関する健康保険法に規定する保険給付費(治療、傷病手当金等)については、責任をもって当事者間の過失割合に応じて支払うことを誓約いたします。

なお、次の事項を厳守いたします。

- 示談を行う場合は必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
- 民法第147条にもとづく時効中断を承認すること。

平成 25 年 1 月 29 日

誓約者 住所 〒
氏名 ⑩
電話

損害賠償責任保険等で賠償する場合

誓約者 所在地 〒111-2222
東京都中央区〇〇 ×-×-×
名称 ▲▲▲損害保険(株)
担当者 損保 四郎 ⑩
電話 03 (□□□□) ▲▲▲▲

事故発生状況報告書

保険証明書 番号	第 AZ01234567 号	当事者	甲(加害運転者)	氏名 保険 花子		
自動車の番号	横浜 012 あ 3456		乙(被害者)	氏名 健保 次郎	運転・同乗 歩行・ その他	
天候	晴 ・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・ 普通 ・閑散	明暗	昼間 ・夜間・明け方・夕方	
道路状況	舗装 { してある していない	歩道(両・片) { ある ない	直線・カーブ 平坦・坂			
	見通し { 良い 悪い		積雪 ・ 凍結			
信号又は標識	信号 ある ない	駐車禁止	されている されていない	その他		
速度	甲車輛 20 km/h(制限速度 40 km/h)		乙車輛 5 km/h(制限速度 km/h)			
事故現場における状況を图示してください。	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 60%;"> <p>自 車 </p> <p>相手車 </p> <p>進行方向 ↑</p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人間 </p> <p>自転車 } </p> <p>オートバイ } </p> </div> <div style="width: 35%; border-left: 1px solid gray; padding-left: 5px;"> <p>自 車 </p> <p>相手車 </p> <p>進行方向 ↑</p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人間 </p> <p>自転車 } </p> <p>オートバイ } </p> </div> </div>					
上図の説明を書いてください。						
交差点を自転車で横断中に前方より左折してきた車に衝突						

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおりご報告を申し上げます。

平成 25 年 1 月 30 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 (父)

健保 太郎

