

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	20		番号	1053		氏名	健保 一郎 印 健 保		
	現住所	〒555-001 大阪府北区△△-△-△ 電話番号 06 (××××) 〇〇〇〇									
加 害 者	被保険者勤務先	名称	株式会社××××								
		所在地	大阪府中央区△-△-△								
事 故 内 容	被扶養者が受けた事故である時	氏名		生年月日	(昭・平) 年 月 日		続柄				
	氏名	住商 次郎		生年月日	(昭・平) 55 年 3 月 4 日						
事 故 内 容	現住所	〒456-789 神戸市中央区△△-△-△ 電話番号 078 (×××) 〇〇〇〇									
	勤務先	名称	××××株式会社				職業	会社員			
事 故 内 容		所在地	〒123-456 神戸市中央区△-△-△ 電話番号 078 (〇〇〇) ××××								
	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		(加害車両の車両番号)			(所有者との関係)					
	事故	発生日	平成 25 年 12 月 16 日					午前 22 時 30 分ごろ 午後			
事 故 内 容		場所	新大阪駅構内								
	事故発生時の状況	被保険者又は被扶養者	自動車 ・ パイク ・ 自転車 ・ 歩行者 ・ 交通事故以外 ()								
		事故相手	自動車 ・ パイク ・ 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 12 月 16 日 届出)			届出先	〇〇〇 警察署・ 派出所					
	過失の割合	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					

平成 25 年 12 月 20 日

住商連合健康保険組合理事長 殿

受付日

※健康保使用欄	常務	事務長			係

治 療 状 況	受診医療機関	名 称	▲▲▲▲▲▲▲病院			
		所在地	大阪府中央区○-○-▲			
示 談 状 況	主 傷 病 名	左頬骨骨折	治療開始日	平成 25 年 12 月 16 日		
	治 療 状 況	平成 25 年 12 月 20 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		
示 談 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（自賠責保険含む） ・ 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					
	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	
			休業補償		円	
損 害 賠 償 請 求 支 払 状 況			慰謝料		円	
			その他		円	
加 害 者 の 自 動 車 保 険 契 約 等 の 内 容	相手から損害賠償を受けたとき	平成 25 年 12 月 20 日	口頭 ・ 文書			
加 害 者 の 自 動 車 保 険 契 約 等 の 内 容		自 賠 責 保 険	任 意 保 険			
	保険会社名称					
	契約者	住所	〒 -	〒 -		
		氏名	電話 ()	電話 ()		
	契約期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
	保険証明記号・番号					
	車 両 車 種					
	登 録 番 号					
	車 台 番 号					
	損害賠償金 支払請求店	所在地	〒 -	〒 -		
名 称						
担当者		電話 ()	電話 ()			

誓 約 書

平成 25 年 12 月 16 日 (場所) 新大阪駅構内

において

(加害者名) 住商 次郎 の不法行為により (被害者名) 健保 一郎 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 12 月 20 日

住所 大阪府北区△△-△-△

氏名 健保 一郎



印

誓 約 書

加害者 住所 神戸市中央区△△-△-△

氏名 住商 次郎

被害者 住所 大阪府北区△△-△-△

(被保険者又は被扶養者) 氏名 健保 一郎

事故発生日時 平成 25 年 12 月 16 日 22 時 30 分ごろ

事故発生場所 新大阪駅構内

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 12 月 20 日

誓約者 住所 〒123-456

神戸市中央区△△-△-△

氏名 住商 次郎

住商

印

電話 078 (〇〇〇) ××××

損害賠償責任保険等で賠償する場合

誓約者 所在地

名称

担当者

印

電話

事故発生状況報告書

甲（加害者）	氏名 住商 次郎
乙（被害者）	氏名 健保 一郎
事故発生時の状況を記入してください	平成 25 年 12 月 16 日（日）午後 22 時 30 分頃、JR 新大阪駅構内のホームで電車の到着を待つため、列に並ぼうとしたら、割り込んだと言いがかりをつけられ、口論の末、相手より顔面、腹部等、数か所殴られた。相手側は、相当量の飲酒をしており、呂律もまわっていなかった。
	私は負傷のため病院へ運ばれたが、相手側は駅員の通報により、警察に事情聴取されたとのこと。

別紙「第三者による傷病届」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 12 月 20 日

報告者 甲との関係（ ）
乙との関係（ 本人 ）

健保 一郎

