

健康保険 第三者行為による傷病届

| | | | | | | |
|------------------|------------------------|-----------------|------------------------------------|------------------------|----------|--|
| 被 保 険 者 | 被保険者証 | 記号 | 番号 | 氏名 | (印) | |
| | 現住所 | 〒 ー 電話番号 () | | | | |
| | 被保険者勤務先 | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| 加 害 者 | 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 | | 生年月日 | (昭・平) 年 月 日 | | |
| 事 故 内 容 | 現住所 | 〒 ー 電話番号 () | | | | |
| | 勤務先 | 名称 | 職業 | | | |
| | | 所在地 | 〒 ー 電話番号 () | | | |
| | 相手の住所・氏名が判らないとき | 理由 | | | | |
| 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 内 容 | 事故 | 発生日 | 平成 年 月 日 | 午前 時 分ごろ | 午後 時 分ごろ | |
| | | 場所 | | | | |
| | 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 () | | | |
| 警察への届出 | 無 ・ 有 (平成 年 月 日 届出) | 届出先 | 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 年 月 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 | 受診医療機関 | 名 称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| 療 | 主 傷 病 名 | | | 治療開始日 | 平成 年 月 日 | |
| | 治 療 状 況 | 平成 年 月 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 ヶ月 くらい | | |
| 状 | 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 | 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 | 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 | |
| 害 | 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 | | | |
| 者 | | 慰謝料 | 円 | | | |
| | | その他 | 円 | | | |
| 加 | | | 自 賠 責 保 険 | 任 意 保 険 | | |
| | 保険会社名称 | | | | | |
| | 契 | 住所 | 〒 - | 〒 - | | |
| | | | 電話 () | 電話 () | | |
| | 氏名 | | | | | |
| | 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 | | | | | |
| 保 | 損害賠償金 支払請求店 | 所在地 | 〒 - | 〒 - | | |
| | | 名 称 | | | | |
| | | 担当者 | 電話 () | 電話 () | | |
| 内 | | | | | | |
| 容 | | | | | | |

住商連合健康保険組合理事長 殿

(被保険者用)

誓 約 書

平成 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 年 月 日

住所

氏名

Ⓔ

誓 約 書

加害者 住所
氏名 _____

被害者 住所
(被保険者又は被扶養者) 氏名 _____

事故発生日時 平成 年 月 日 時 分ごろ

事故発生場所

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。

1. 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。
2. 民法第147条にもとづく時効中断を承認すること。








平成 年 月 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 〒
名称
担当者 ⑩
電話

事故発生状況報告書

| | | | | | | |
|----------------------|--|-------------------|----------------|------|-----------------|-------|
| 保険証明書 番号 | 第 号 | 当事者 | 甲(加害運転者) | 氏名 | | |
| 自動車の番号 | | | 乙(被害者) | 氏名 | 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 | km/h(制限速度) | km/h) | 乙車輛 | 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。 | 自 車  相手車  進行方向  信号  一時停止  人間  自転車 }  オートバイ } | | | | | |
| 上図の説明を書いてください。 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 年 月 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 ()

