

健康保険

第三者の行為による傷病届

本人・家族

被害者・加害者関係	被保険者証 記号と番号	記号	氏名			
		番号	現住所			
	被保険者が勤務している事業所	名称				
		所在地	TEL ()			
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名		被保険者との続柄		
	加害者	氏名		生年月日	昭平令 年 月 日	
		現住所	TEL ()			
加害者の勤務先	名称又は氏名		事業内容又は職業			
	所在地又は住所	TEL ()				
	加害者の住所氏名が判らないとき	その理由				
事故内容	傷病名		発生日 年月日	令和 年 月 日 午前・後 時 分頃		
	発生の場所					
	種別	自動車事故・バイク事故・殴打 自転車 殺傷 その他 ()				
	事故結果	即死・入院直後の死亡 (死亡 年 月 日)・治療 入院中の死亡				
	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	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				

○ 該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

この届に添えて 提出する書類	1 自動車事故証明書(写) 2 事故発生状況報告書 3 念書 4 誓約書
	5 示談をしているときは示談書の写

受付日付印

加害者の自動車保険加入状況	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
	保険加入証明記号番号	第 号	契約者氏名		
	契約保険会社	名 称			
		所在地	〒 TEL ()		
	任意保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
	保険加入証明記号番号	第 号	契約者氏名		
契約保険会社	名 称				
	所在地	〒 TEL ()			
示談状況	示談が成立	交渉中	令和 年 月 日 現在	請求権を放棄した	
	令和 年 月 日	成立していない		令和 年 月 日	
		示談が成立していない理由		放棄した理由	
治療状況を	この事故で医師の治療を受けましたか		う け た ・ う け な い		
	治療をうけたとき	医療機関	名 称		
			所在地	〒 TEL ()	
		支払方法	健康保険・加害者負担・自 費・その他 ()		
		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		
		入院治療期間	入院 自 令和 年 月 日～至 令和 年 月 日 通院 自 令和 年 月 日～至 令和 年 月 日		
		後遺症	あ る ・ ある見込 ・ な い ・ ない見込		
	治療見込	令和 年 月 日	日から約	日 ぐらい 月	

念 書

令和 年 月 日 (場 所) (加害者氏名)
において の不法
(被害者氏名)

行為により の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条の規定によって当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立てます。

また、損害賠償請求権を行使する際、診療報酬明細書等の写しを添付することに、何ら異議を申し立てるものではありません。

なお、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談をおこなう場合は、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、受領月日、内容金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届出ること。
4. 加害者がひき逃げ等で不明の場合、判明次第速やかに貴職へ届出ること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

蝶理健康保険組合 御中

誓約書

事故発生場所

令和 年 月 日

地内において、

加害者

被害者

の間に発生

した交通事故により、被害者の損害について健康保険により給付を受けましたので、健康保険法第57条の規定により求償されたときは、直ちに返還いたします。

なお、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 自動車損害賠償保険へ請求するときは、事前にその旨報告します。
2. 被害者と示談を行おうとする場合は、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

加 害 者 住 所

氏 名

印

連帯責任者 住 所
(損害保険会社)

氏 名

印

蝶理健康保険組合 御中