

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 00	氏名 健保 太郎	〇〇県〇〇市△△町3-2-1		
	被保険者が勤務している事業所	番号 000000	現住所			
	被扶養者がうけた事故であるとき	名称 〇〇〇〇株式会社	所在地 〒000-0000 〇〇県〇〇市△△町3-2-1	TEL (000) 0000		
	加害者	氏名	加害 一郎	被保険者との続柄	昭平令 00年 00月 00日	
		現住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市△△町1-9		TEL (000) 0000	
	加害者の勤務先	名称又は氏名	××××株式会社	事業内容又は職業	機器メーカー	
		所在地又は住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市△△町10		TEL (000) 0000	
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	骨折		発生年月日	令和 00年 00月 00日 午前・後 00時 00分頃	
	発生の場所	〇〇県〇〇市△△町×× 交差点				
	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	〇〇 警察署		〇〇 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

(注) 示談が成立していると健保から加害者に請求をおこせません。
健康保険を利用される場合は、必ず示談前に申請下さい。

加害者の自動車保険加入状況	責任保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> ある・ <input type="radio"/> ない	保険契約期間	自 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 至 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	保険加入証明記号番号	第 00000 号	契約者氏名	加害 一郎	
	契約保険会社	名称	〇〇海上火災保険㈱		
		所在地	〒000-0000 東京都中央区日本橋1-2-3 TEL (00) 0000-0000		
	任意保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> ある・ <input type="radio"/> ない	保険契約期間	自 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 至 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	保険加入証明記号番号	第 10000 号	契約者氏名	加害 一郎	
契約保険会社	名称	<input type="checkbox"/> 海上火災保険㈱			
	所在地	〒100-1000 東京都中央区日本橋3-2-1 TEL (00) 1000-1000			
示談状況	示談が成立	<input checked="" type="radio"/> 交渉中	請求権を放棄した		
	令和 年 月 日	成立していない	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 現在	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	この事故で医師の治療を受けましたか	<input checked="" type="radio"/> うけた ・ <input type="radio"/> うけない			
	治療をうけたとき	医療機関	名称	〇〇総合病院	
			所在地	〒000-0000 東京都立川市富士見町 TEL (000) 000-0000	
		支払方法	<input checked="" type="radio"/> 健康保険 ・ <input type="radio"/> 加害者負担 ・ <input type="radio"/> 自費 ・ <input type="radio"/> その他 ()		
		治療開始	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	<input checked="" type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 通院	
		転帰	(令和 年 月 日 現在) 現在入院中 <input checked="" type="radio"/> 通院加療中 ・ <input type="radio"/> 治癒 ・ <input type="radio"/> 中止		
		入院治療期間	入院 自 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 至 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 通院 自 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 至 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
		後遺症	ある ・ ある見込 ・ <input checked="" type="radio"/> ない見込		
	治療見込	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から約 〇 月 〇 日 ぐらい			

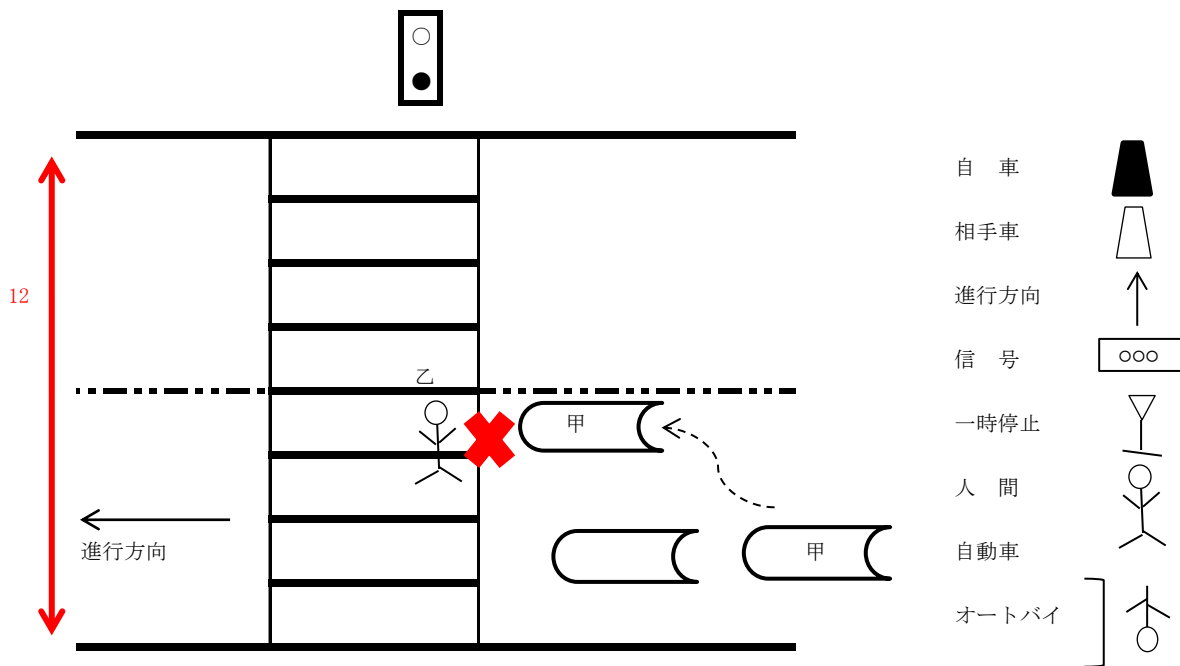
《 事故発生状況報告書 》

加害者の情報

保険証明書 番号	第 号	当事者	甲（加害運転者）	氏名 （電話）	加害 一郎 00-0000-0000	
自動車の番号			乙（被害者）	氏名 （電話）	健保 太郎 00-0000-0000	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 してない	歩道 (両・片) ない	ある 直線・カーブ			
	平坦 ・坂	見通し 良い 悪い	積雪路 凍結路			
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	その他標識			
速度	甲車両 20 km/h (制限速度 30km/h)		乙車両 km/h (制限速度 km/h)			

事故発生状況略図（道路幅をmで記入して下さい）

事故現場に於ける自動車と被害者との状況を図示して下さい。



上の図の説明を書いて下さい

〇〇月〇〇日午後〇〇時〇〇分頃（乙）は〇〇通りの交差点で信号が青から赤に変わるところを（青色点滅）急ぎ足で渡ろうとした。

一方（甲）車は正面の信号が赤から青に変わるのを待たず、横断歩道を人が渡り終えたのを見計らい、前にいる車を徐行で追い越し加速をしていったところ、（乙）がいるのに気づかず接触してしまった。

保険組合が加害者に対して請求を行う（代位取得）の為に必要です。
健康保険を利用される場合は必ず提出して下さい。本来、被害者が持っている
損害賠償請求権を健康保険組合が代理で行使する事の誓約書となります。

念 書

(場 所) (加害者氏名)
令和 ○○年 ○○月 ○○日 ○○通り(○○～○○間)において 加害 一郎 の不法
(被害者氏名)

行為により 健保 太郎 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 ○○県○○市△△町3-2-1

氏 名 健保 太郎

印

蝶理健康保険組合 御中

健康保険組合が、過失割合に基づいて加害者に請求をおこした際に加害者が速やかに支払いに応じる為の誓約書になります。
※自分の過失割合が高く、相手より「誓約書」取得困難の場合は提出なくても可とします。

誓約書

事故発生場所

令和 ○○年 ○○月 ○○日 ○○通り (○○～○○間) 地内において、
加害者 加害 一郎 被害者 健保 太郎 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。

- 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。
- 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 ○○県○○市△△町1-9

氏名 加害 一郎 印

連帯責任者 住所
(損害保険会社) 東京都中央区日本橋1-2-3

氏名 ○○海上火災保険㈱ 印

蝶理健康保険組合 御中