

第三者行為による傷病届

<被害者 (被保険者・被扶養者)>

【交通事故外】

被保険者	記号		氏名		TEL	
	番号		住所	〒		
	事業所名		課・所属		TEL	内線
事故該当者	本人の場合	氏名	男・女 才	生年月日	年号 年 月 日	
	被扶養者(家族)の場合	氏名	男・女 才	生年月日	年号 年 月 日	
		職業		続柄		
治療状況	病院名				主傷病名	
	治療期間	自 : 年 月 ~ : 至 年 月			治療中 ・ 治癒	
	病院の住所	〒			TEL	
治療状況	病院名				主傷病名	
	治療期間	自 : 年 月 ~ : 至 年 月			治療中 ・ 治癒	
	病院の住所	〒			TEL	
人身傷害保険確認	被保険者又は被扶養者の自動車損害賠償保険契約(任意保険)について ・今回の治療にご自身の任意保険の人身傷害補償保険を使用していますか? (いる ・ いない) (いる)の場合⇒加入保険会社名称()連絡先()担当者名()					

<加害者>

加害者	氏名		男・女 才	生年月日	年号 年 月 日	
	住所	〒				
	勤務先名称				TEL	所属
	勤務先住所	〒			TEL	内線
加害者が未成年等の場合親権者	氏名			男・女 才	生年月日	年号 年 月 日
	住所	〒				
	勤務先名称				TEL	所属
	勤務先住所	〒			TEL	内線
賠償責任保険等	保険会社名称			担当部署	担当者名	
	保険会社住所	〒				TEL
	証明番号			契約期間	~	
	保険契約者			加害者との関係	本人	従業員 家族 その他 ()
備考						

受付日受印

登録処理

<事故発生内容>

発生年月日	年 月 日 ()		AM・PM	時 分頃
発生場所				
発生状況	業務中※		通勤中※	業務外※
事故(被害)結果	即死	入院直後の死亡 入院中の死亡	(死亡: 年 月 日)	負傷
警察官の立会	あった		ない	ないが届出済
所轄署	警察署		派出所	
過失の割合 (判る範囲で可)	自分が何割		相手が何割	
	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	

※ 就業時間中、出勤途上中の負傷は労災保険適用です。健康保険は使用出来ません。

事故発生状況報告

事故発生状況概略図	負傷現場の見取図を記載して下さい。	負傷にいたる被害者と加害者の行動を赤線で表示して下さい。
<p><加害者の行為によって生じた負傷について、加害者の行為及び被害者の行動を詳しく記入して下さい。></p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>		

令和 年 月 日

【被保険者】

住所

氏名

㊞

【事故該当者】

住所

氏名

㊞

念書 兼 同意書

_____ (場所) _____ において (相手) _____ の
不法行為により(被害者) _____ 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、健康保険組合が給付の
価額の限度において取得行使し且つ賠償金を受領することに異議のないこと又、損害賠償請求行使に伴う
加害者側(保険会社を含む)への保険給付額の算出基礎となる資料提供及び既に受領した金品の有無、
並びにその金額、内訳等について情報提供を受けることに同意致します。
尚、あわせて次の事項を遵守することを誓約致します。

- 1 加害者側と示談を行う場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 2 加害者側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、かつ遅滞なく貴職に申し出ること。
- 4 自動車損害賠償責任保険に被害者請求する場合は、必ず前もって貴職に申し出ること。
- 5 治療完了(症状固定)したときは、遅延なく貴職に連絡すること。
- 6 健保組合より請求のあった資料については、ただちに提出すること。
- 7 前記各項に反して、健保組合に損害をかけたときは賠償義務を持つこと。
- 8 当該傷病により受診した医療機関から、貴職が診療状況等について説明をうけることに同意する。
- 9 当該傷病により請求及び受領した金額(内訳を含む)を損害保険会社等から、貴職が情報を受けること
またその額が健保給付金と重複した場合には貴職へ返還する(振込手数料負担の上)ことに同意する。
- 10 当該傷病に関する損害賠償請求権行使の資料として、診療報酬明細書等の写しを貴職が損害保険会社等に
対して使用することに同意する。
- 11 個人情報の取扱いについて、貴職が今回の事故について、業務遂行上必要な範囲で保険会社等から
情報を受けまた情報を提供することに同意する。

令和 年 月 日

【被保険者】

住所

氏名

⑩

【被害者】

住所

氏名

⑩