

健康保険

第三者行為による傷病届

|               |                     |                              |                       |      |                   |    |  |  |
|---------------|---------------------|------------------------------|-----------------------|------|-------------------|----|--|--|
| 被害者           | 被保険者                | 記号                           | ××                    | フリガナ | ケンボ タロウ           |    |  |  |
|               |                     | 番号                           | ××                    | 氏名   | 健保 太郎             |    |  |  |
|               |                     |                              | 昭・平 ××年 ××月 ××日生(××才) |      |                   |    |  |  |
|               | 現住所                 | 〒××× - ××××<br>東京都×××× ×-×-× |                       |      | TEL ×× (××××)×××× |    |  |  |
|               | 被保険者が勤務している事業所(連絡先) | 名称                           | 株式会社健康物産              |      |                   |    |  |  |
| 所在地           |                     | 〒××× - ××××<br>東京都×××× ×-×-× |                       |      | TEL ××(××××)××××  |    |  |  |
| 被扶養者が被害者であるとき | フリガナ                |                              |                       |      |                   |    |  |  |
|               | 氏名                  | 昭・平・令 年 月 日生(才)              |                       |      |                   | 続柄 |  |  |

|                    |         |                              |                        |  |                 |  |           |  |
|--------------------|---------|------------------------------|------------------------|--|-----------------|--|-----------|--|
| 事故相手               | 加害者     | フリガナ                         | カメヤマ カメオ               |  |                 |  |           |  |
|                    |         | 氏名                           | 亀山 亀男                  |  |                 |  |           |  |
|                    |         |                              | 昭(平) ××年 ××月 ××日生(××才) |  |                 |  |           |  |
|                    | 現住所     | 〒××× - ××××<br>東京都×××× ×-×-× |                        |  | TEL××(××××)×××× |  |           |  |
|                    | 加害者の勤務先 | 名称                           | 亀山魚店                   |  |                 |  | 事業の内容又は職業 |  |
| 所在地                |         | 〒×××-××××<br>東京都×××× ×-×-×   |                        |  | 鮮魚店             |  |           |  |
| 加害者の住所氏名が不明の場合その理由 |         |                              |                        |  |                 |  |           |  |

|               |            |  |                           |       |         |            |  |
|---------------|------------|--|---------------------------|-------|---------|------------|--|
| 事故の内容         | 傷病名        | 頚椎捻挫   |                           | 損害の程度 | 全治 5 ヶ月 |            |  |
|               | 事故発生日・場所   | 事故日時   | ××××年 ××月 ××日( )          |       |         | 午前 15:00 頃 |  |
|               |            | 場所   | 山手通り 中野坂上交差点              |       |         |            |  |
|               | 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( ) |       |         |            |  |
|               |            | 加害者(事故相手)                                      | 自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外( ) |       |         |            |  |
|               | 所轄警察署      | 警察に届出済・届出なし・不明 *注1                             |                           | 届出署   | 中野 警察署  |            |  |
| 過失の度合(わかる範囲で) | 自分(被害者)の過失 | 0 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%)  |                           |       |         |            |  |
|               | 相手(加害者)の過失 | 0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%) |                           |       |         |            |  |

|      |                |                |    |  |               |    |
|------|----------------|----------------|----|--|---------------|----|
| 示談状況 | 示談は成立していますか    | 成立している         |    |  | 年 月 日         | 成立 |
|      |                | 成立していない・交渉中    |    |  | ××××年 ××月 ××日 | 現在 |
|      | 成立していない場合はその理由 | 治療費等の金額が未確定なため |    |  |               |    |
|      | 請求権を放棄した場合     | 年 月 日          | 理由 |  |               |    |

\*注1 物損事故で処理した場合、別途「人身事故証明入手不能理由書」の提出を求める場合があります。

|              |           |           |                       |  |          |  |
|--------------|-----------|-----------|-----------------------|--|----------|--|
| 加害者の賠償保険加入状況 | 自動車保険     | 自賠責保険     | 保険会社名                 | 日本きいろ損保                                      |          |  |
|              |           |           | 所在地                   | 〒××× - ××××<br>東京都×××× ×-×-× TEL××(××××)×××× |          |  |
|              |           | 契約期間      | ××年××月××日 ~ ××年××月××日 | フリガナ   | カメヤマ カメオ |  |
|              |           | 証明書番号     | ××××××××××            | 契約者  | 亀山 亀男    |  |
|              | 任意保険      | 任意保険      | 保険会社名                 | 日本きいろ損保                                      |          |  |
|              |           |           | 所在地                   | 〒××× - ××××<br>東京都×××× ×-×-× TEL××(××××)×××× |          |  |
|              |           | 契約期間      | ××年××月××日 ~ ××年××月××日 | 任意一括   | 有・無      |  |
|              |           | 証明書番号     | ××××××××××            | *注2  | 有・無      |  |
|              | 個人賠償責任保険等 | 個人賠償責任保険等 | 保険会社名                 |  |          |  |
|              |           |           | 所在地                   | 〒 - TEL ( )                                  |          |  |
| 契約期間         |           |           | 年 月 日 ~ 年 月 日         | フリガナ   |          |  |
| 証明書番号        |           |           |                       |  | 契約者      |  |
| 被害者の人身傷害保険   |           | 加入の有無     | あり・なし                 | 保険会社名  | 担当者      |  |
|              |           |           |                       | TEL  | ( )      |  |

|          |                                |                                |                               |  |  |
|----------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|--|
| 治療状況     | 医療機関                           | 名称                             | 第一総合病院                        |  |  |
|          |                                | 所在地                            | 東京都×××× ×-×-× TEL××(××××)×××× |  |  |
|          | 治療期間                           | ××××年××月××日から(入院 自 月 日 至 月 日 ) | 通院                            |  |  |
|          | 転院した場合                         | 年 月 日から(入院 自 月 日 至 月 日 )       | 通院                            |  |  |
|          | 後遺症                            | ある・ある見込み・ない・ない見込み・不明           |                               |  |  |
| 治療費の支払方法 | 健康保険 被害者負担・加害者負担(自賠責支払)・その他( ) |                                |                               |  |  |

|      |                                    |          |  |       |    |  |
|------|------------------------------------|----------|--|-------|----|--|
| 損害賠償 | 相手方に対する損害賠償の請求状況                   |          | すでに請求済 (口頭・文書)・現在のところ未請求                 |       |    |  |
|      | 相手方からの損害賠償金等の受領状況                  |          | 受領済・受領していない                              |       |    |  |
|      | *加害者や保険会社から賠償金を受領した場合のみ下欄にご記入ください。 |          |  |       |    |  |
|      | 賠償金の内訳                             | 治療費      | 円  | 慰謝料   | 円  |  |
|      |                                    | 休業補償費    | ×月×日から×月×日までの×日間<br>×日間 ×日額 = 約200,000 円 |       |    |  |
| 葬祭費  |                                    | 円        | その他                                      | 円     |    |  |
| 見舞金  |                                    | 円        | (合計額) 円                                  |       |    |  |
| 受領方法 | 一括                                 | 年 月 日 受領 |  |       |    |  |
|      | 分割<br>( )回払い                       | 1回目      | 円  | 年 月 日 | 受領 |  |
|      |                                    | 2回目      | 円  | 年 月 日 | 受領 |  |
|      | 3回目                                | 円        | 年 月 日                                    | 受領    |    |  |

\*注2 任意一括とは、自賠責保険を含めて任意保険会社が一括して対応している場合です。

受付印

|               |  |
|---------------|--|
| この届に添えて提出する書類 | 1.交通事故証明書<br>2.事故発生状況報告書<br>3.同意書<br>4.診断書<br>5.死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書<br>6.示談をしているときは示談書の写 |
|---------------|--|

# 事故発生状況報告書

|                  |  |              |                   |              |                 |
|------------------|--|--------------|-------------------|--------------|-----------------|
| 当事者              | 甲<br>(事故相手)  | 氏名<br>亀山 亀男  | 乙<br>(被保険者又は被扶養者) | 氏名<br>健保 太郎  | 運転・同乗<br>歩行・その他 |
|                  | 自動車<br>番号  | 練馬××× あ××-×× | 自動車<br>番号         | 足立××× ふ××-×× |                 |
| 天候               | 晴・曇・雨・雪・霧  | 交通状況         | 混雑 普通 閑散          | 明 暗          | 明け方 昼間 夕方・夜間    |
| 道路状況             | 舗装 <input checked="" type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない ・ 歩道 (両・片) <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ・ <input checked="" type="checkbox"/> 直線 ・ カーブ<br><input checked="" type="checkbox"/> 平地 ・ 坂 ・ 見通し <input checked="" type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い ・ 積雪路 ・ 凍結路 ・ 濃霧 |              |                   |              |                 |
| 信号又は標識           | 信号 <input checked="" type="checkbox"/> ある 自車側信号 (青・赤・ ) <input checked="" type="checkbox"/> 赤<br><input type="checkbox"/> ない 相手側信号 (青・赤・ ) <input checked="" type="checkbox"/> 赤<br>駐停車禁止 <input checked="" type="checkbox"/> されている <input type="checkbox"/> されていない その他の標識   |              |                   |              |                 |
| 速度               | 自車両 0 km/h (制限速度 km/h) ・ 相手車両 20 km/h (制限速度 km/h)  |              |                   |              |                 |
| 事故現場の状況を図示してください | 事故発生状況略図 (道路幅をmで記入してください)  |              |                   |              |                 |
|                  |  |              |                   |              |                 |
| 上記図の説明を書いてください   | 山手通り中野坂上交差点が赤信号だったため停車したところ、<br>後ろから車が追突してきた。  |              |                   |              |                 |

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告いたします

××年××月××日

報告者 甲との関係(××)  
乙との関係(××)

氏名 健保 太郎



国及び SCSK健康保険組合 御中

## 同意書

私が加害者（**亀山 亀男**）に対して有する損害賠償請求権は、法令（注1）により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、保険者（注2）が損害賠償額の支払の請求を加害者又は加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等へ請求し、保険金等を受領したときは、金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、保険者が保険医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

さらに、私が70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていた場合、当該軽減特例措置によって支給された一部負担金等の一部に相当する額について、国が加害者又は加害者の加入する損害保険会社等に請求を行うこと、国が保険者に損害賠償額の支払の請求及び受領を委任すること並びに国から委任を受けた保険者が当該金額についての請求事務及び受領代行を外部機関に委託することについても同意します。

その上で、保険者が損害保険会社等から受領した金銭と被保険者が返還すべき額を相殺することに同意します。

また、保険者が保険給付又は損害賠償請求に必要なと認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること、保険給付後に傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還することに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

×× 年 ×× 月 ×× 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所 **東京都×××× ×-×-×**

氏名 **健保 太郎**



(注1) 各保険における根拠法令は次のとおりです。

健康保険：健康保険法第57条、船員保険：船員保険法第45条、国民健康保険：国民健康保険法第64条1項、後期高齢者医療：高齢者の医療の確保に関する法律第58条1項

(注2) 国民健康保険および後期高齢者医療については、国民健康保険法第64条3項または高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項の規定に基づき、損害賠償金の徴収又は収納の事務を委託されている国民健康保険団体連合会を含みます。