

## 健康保険 第三者行為による傷病届

届出日 年 月 日

負傷者	被保険者証	記号 番号		被保険者氏名	(印)		
	現住所	〒 — TEL ( ) —					
	事業所名称						
	事業所の所在地	〒 — TEL ( ) —					
	被扶養者の場合に記入	氏名					続柄
事故相手	相手方	氏名					
		生年月日	昭・平・令	年	月	日	
		住所	〒 — TEL ( ) —				
	相手方の氏名・住所が不明な場合、その理由						
事故内容	傷病名						
	発生日時	平・令	年	月	日 ( 曜日 )	午前・午後	時 分頃
	発生場所						
	発生時の状況	勤務中 ・ 通勤途上 ・ 私用 ・ その他 ( )					
	種別	自動車事故 ・ バイク 事故 ・ 殴打 刺傷 ・ その他 ( ) 自転車					
	事故結果	治療 ・ 入院直後の死亡 死亡日 ( 年 月 日 ) ・ 即死 入院中の死亡					
	警察官の立会	あった ・ なかった ・ ないが届出済 ・ わからない					
	所轄の警察署	警察署					派出所
	過失の割合 (割合)	負傷者 (被保険者・被扶養者)			相手方		
	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			

\* 太枠線内を記入、該当箇所を○で囲んでください。  
 ※高額療養費及び付加給付金は原則不支給となります。

【添付書類】

- 1 交通事故証明書 (人身事故証明書)  
 【「物件事故」となっている場合は、「人身事故証明書入手不能理由書」が必要となります。】
- 2 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書
- 3 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 (相手方)	氏名 Tel ( ) —			
	乙 (負傷者)	氏名 Tel ( ) —			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)	ある ない	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	甲者側信号(青・赤) 乙者側信号(青・赤)	駐停車禁止	されている されていない その他標識 ( )
速度	甲車両	km/h (制限速度	km/h)		
	乙車両	km/h (制限速度	km/h)		

事故現場における相手と負傷者との状況を図示して下さい	事故発生状況図 (道路幅をmで記入して下さい)											

甲 車

乙 車

進行方向

信号

一時停止

人間

自転車 }

オートバイ }

上記図の説明を書いて下さい	
---------------	--

加害者の自動車保険加入状況	自賠責保険加入状況	加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自平・令 年 月 日 至平・令 年 月 日	
		契約者氏名		自賠責保険 証明書番号		
	契約保険会社	名称				
		所在地	〒 Tel ( ) —			
	任意保険加入状況	加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自平・令 年 月 日 至平・令 年 月 日	
		契約者氏名		任意保険 証明書番号		
契約保険会社		名称				
		所在地	〒 Tel ( ) —			
任意対人一括の有無	ある・ない ※自賠責保険だけの対応ではなく、任意保険会社に対応している場合です。					
示談状況	1. 示談が成立	成立日	平・令 年 月 日			
	2. 示談交渉中	現時点	平・令 年 月 日			
	3. 示談が成立していない	成立していない理由				
	4. 請求権放棄	放棄日	平・令 年 月 日			
放棄した理由						
請求状況	保険会社等からの賠償金の受領について	受領していない ・ 受領した ・ 請求中				
	加害者に対する損害賠償の請求について	請求していない ・ 請求した(口頭・文書) →いつ(平・令 年 月 日)				
治療状況	医療機関名					
	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他( )				
	治療開始日	平・令 年 月 日 入院・通院開始				
	現在の状況	平・令 年 月 日現在 入院中・通院中・治癒・その他( )				
	入院期間	平・令 年 月 日～平・令 年 月 日				
	治療終了見込	1. 令和 年 月 日頃終了見込 2. 事故後半年以内に終了見込 3. 事故後1年以内に終了見込 4. 事故後1年以上かかる見込 5. その他( )				

## 念 書

平成・令和 年 月 日「(場所) 」において、  
「(相手方) 」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、同法第57条  
(代位取得規定)に基づき、私が加害者に対して有する損害賠償請求権をダイセル  
健康保険組合が給付の価額の限度において取得並びに行使し、かつ賠償金を受領  
することに異議ありません。

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、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談を行う場合は、必ず前もって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（自動車損害賠償保険の保険金受領含む）を受けたときは、  
受領年月日・内容・金額（評価額）等をもれなく、かつ遅滞なく届出ること。
4. 自動車損害賠償責任保険に被害者請求する場合には、必ず前もってその内容を  
申し出ること。

平成・令和 年 月 日

住所

氏名

印

ダイセル健康保険組合理事長 殿

# 誓 約 書

私は、貴組合の健康保険加入者（ ）に係る第三者行為による保険給付費について、貴組合に及ぼした損害額(当方過失相当額)を下記により賠償金として支払うことを連帯保証人とともに署名捺印のうえ誓約いたします。

以 上

令和 年 月 日

住所

氏名

印

連帯保証人 住所

(損保会社も可) 氏名

印

ダイセル健康保険組合理事長殿

備考欄