

## 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	○○ 太郎 <span style="float: right;">(印)</span>
	現住所	〒○○○ — ○○○○ 大阪市△△区△△町○-○-○ <span style="float: right;">TEL ( ○○ ) ○○○○ — ○○○○</span>			
	事業所名称	(株)○○○○			
	事業所の所在地	〒○○○ — ○○○○ 大阪市○○区○○町△-△ <span style="float: right;">TEL ( ○○ ) ○○○○ — ○○○○</span>			
	被扶養者の場合に記入	氏名	○○ 花子	続柄	妻
	生年月日	昭・平・令 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日			
事故相手	相手方	氏名	△△ 一郎		
		生年月日	昭・平・令 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		
		住所	〒○○○ — ○○○○ 大阪市△△区○○町 ○-○-○ <span style="float: right;">TEL ( ○○ ) ○○○○ — ○○○○</span>		
	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	むち打ち、打撲			
	発生日時	平・令 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ( ○ 曜日) 午前・午後 ○ 時 ○○ 分頃			
	発生場所	大阪市○○区△△町○○			
	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 ・ その他 ( ) 自転車 事故 ・ 刺傷			
	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 ・ なかったが届出済 ・ 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 <b>△△ 一郎</b> Tel ( <b>〇〇</b> ) <b>〇〇〇〇</b> — <b>〇〇〇〇</b>			
	乙 (負傷者)	氏名 <b>〇〇 花子</b> Tel ( <b>〇〇</b> ) <b>〇〇〇〇</b> — <b>〇〇〇〇</b>			運転・同乗 <b>歩行</b> ・その他
天候	晴・ <b>曇</b> ・雨・雪・霧	交通状況	混雑・ <b>普通</b> ・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・ <b>夕方</b>
道路状況	舗装	<b>してある</b> してない		歩道 ( <b>両</b> ・片)	<b>ある</b> ない
		<b>平坦</b> ・坂	見通し	<b>良い</b> 悪い	<b>直線</b> ・カーブ
信号又は標識	信号	<b>ある</b> 甲者側信号(青・赤) ない 乙者側信号(青・赤)	駐停車禁止	<b>されている</b> されていない	その他標識 ( )
	速度	甲車両 <b>〇〇</b> km/h (制限速度 <b>〇〇</b> km/h) 乙車両 <b>〇〇</b> km/h (制限速度 <b>〇〇</b> km/h)			

事故発生状況図 (道路幅をmで記入して下さい)

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										

当欄右の符号を使って詳しく記入してください。

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

文章で詳しく記入してください。

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	<input checked="" type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> 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	△△ 一郎	自賠責保険 証明書番号	○○○○○○○○○○
		契約保険会社	名称	○○損害保険会社(株)	
			所在地	〒○○○-○○○○ 東京都○○区○○-××  TEL ( 03 ) ○○○○ - ○○○○	
任意保険加入状況	任意保険加入状況	加入の有無	<input checked="" type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> 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	△△ 一郎	任意保険 証明書番号	△△△△△△△△
		契約保険会社	名称	○○損害保険会社(株)	
			所在地	〒 自賠責保険に同じ  TEL ( ) —	
	任意対人一括の有無	<input checked="" type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> 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		
	<input checked="" type="radio"/> 3. 示談が成立していない	成立していない理由	治療中のため		
	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	<input checked="" type="radio"/> 受領していない ・ <input type="radio"/> 受領した ・ <input type="radio"/> 請求中			
	加害者に対する損害賠償の請求について	<input checked="" type="radio"/> 請求していない ・ <input type="radio"/> 請求した(口頭・文書) →いつ(平・令 年 月 日)			
治療状況	医療機関名	○○病院			
	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( )			
	治療開始日	平令○○年○○月○○日 入院・ <input checked="" type="radio"/> 通院開始			
	現在の状況	平令○○年○○月○○日現在 <input checked="" type="radio"/> 入院中・ <input type="radio"/> 通院中・ <input type="radio"/> 治癒・ <input type="radio"/> その他( )			
	入院期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日			
治療終了見込	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 <input checked="" type="radio"/> 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( )			
		<div style="border: 1px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">           相手側へ求償する時期の目安にするため、わかる範囲で記入してください。         </div>			

## 念 書

平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日「(場所) 大阪市〇〇区△△町〇〇」において、  
「(相手方) △△ 一朗」の不法行為により「(被害者) 〇〇 花子」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。

提出日、被保険者(本人)、捺印

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

被害者の名前を記入  
してください。

# 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。

相手方(加害者)に記入してもらってください。

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

相手方(加害者)に署名・捺印して  
もらえない場合は、その理由を記  
入してください。

備考欄