

負 傷 届 (第三者行為その他)

負 傷 者	被保険者証の 記 号・番 号		—		被保険者氏名		昭・平 年 月 日生 ㊞		
	住 所		〒 — TEL — —				職 種		
	支店・営業所名				所在地				
	負傷者が被扶養 者であるとき		氏 名	昭・平・令 年 月 日生				続 柄	
け が (事 故) 発 生 の 原 因 及 び 状 況	発 生 年 月 日		令和 年 月 日(曜日)		午前・午後		時 分 ごろ		
	発 生 場 所				発 生 時 の 用 務		・ 工作中 ・ 出勤・退社途中 ・ 私用中		
	*事故状況をできるだけ詳しく記入					事 故 現 場 の 見 取 図			
通 勤 災 害 の 状 況	通勤の行き帰りでのけが(事故)の場合は下の欄にも記入してください。								
	通勤の経路、方法及び所要時間		自宅—()—()—()—()—会社 (通勤手段) (通常の通勤所要時間 時間 分)						
	事 故 発 生 日	就業場所	名 称			所在地			
		就業開始時刻	午前・午後 時 分		就業終了時刻	午前・午後 時 分			
		自宅を出た時刻	午前・午後 時 分 ごろ						
		退社時刻	午前・午後 時 分 ごろ						
受 診 し た 病 院 名 等	医療機関名称(TEL)		所 在 地		治 療 期 間		診療費の支払い方法		
	()				入院	～	健保・自賠・自費 その他()		
					通院	～			
	()				入院	～	健保・自賠・自費 その他()		
					通院	～			
	()				入院	～	健保・自賠・自費 その他()		
通院					～				
年 月 日現在(治ゆ・継続・中止)、治療見込期間 (約 カ月間・ 日間)									

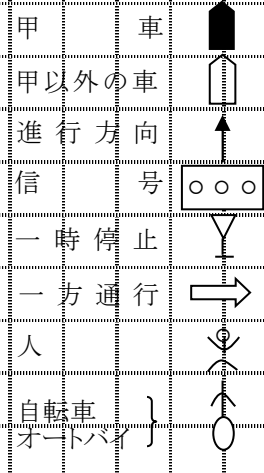
第三者行為による傷病の場合は次頁にも記入ください。

相手方 (加害者)	加害者氏名		昭・平	年	月	日生	業務の種類		
	住 所	TEL() -							
	勤務先の名称								
	所 在 地	TEL() -							
	加害者の事故当時の用務	仕事中・その他・()							
	加害者が不明のときはその理由								
警察への届出		届 出 済	警察署名	署	派出所	届出していない			
		事故証明書	もらっている ・ もらっていない						
自動車事故の場合 (相手方車両)	自動車保有者	氏 名		加害者との関係	本人・その他()				
		住 所							
	保険契約者	氏 名		保有者との関係	本人・その他()				
		住 所							
	自賠責保険	自動車損害賠償責任保険	加入している 加入していない	契約期間	自	年	月	日	
		保険会社の名称				(所在地)〒 -			
			TEL - -						
		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号		第 号					
		任意保険	任 意 保 険	加入している 加入していない	契約期間	自	年	月	日
	保険会社の名称					(所在地)〒 -			
			TEL - -			担当者氏名			
	自 動 車 保 険 証 番 号		第 号						
	示談の状況		令和 年 月 日 成 立				未 成 立		
		※示談が成立しているときは、その写しを添付してください。							
この届の記載事項に相違ありません。									
令和 年 月 日									
健康保険委員氏名								印	
第三者行為の場合は ①事故証明②念書(被害者)③承諾書(被害者)④誓約書(加害者) を添付してください。									

事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲（甲車の運転者）	氏名		乙（被害者）	氏名		運転・同乗 歩行その他	{ 甲車 甲車以外の車
速度	甲車	km/h（制限速度	km/h）	甲車以外の車	km/h（制限速度	km/h）	
道路状況	見通し	良い 悪い	道路幅	甲車側（ m），甲車以外の車両側（ m）			
信号又は標識	信号	有り 無し	一時停止標識	有り 無し	その他標識		
事故発生状況を 図示して下さい。	事故発生状況略図（道路幅をmで記入して下さい。）						
上記図の説明を 書いて下さい。							



年 月 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 ()

氏名 印

念 書

令和 年 月 日（事故発生場所） において
（加害者） の不法行為により、（被害者） の被った保険事故について、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、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し立てます。

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。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者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、かつ遅延なく貴職に届け出ること。
4. 被害者請求を行う場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出る。
5. 保険給付の限度において自動車損害賠償保険金（共済金）を大阪自動車販売店健康保険組合が優先して受領することに異議がないこと。
6. 私が組合に先だって受領した為に組合が受領すべき金額の全部、または一部を受領できなかった場合は組合が受領できなかった金額を私が組合に弁済すること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

大阪自動車販売店健康保険組合 様

誓 約 書

令和 年 月 日（場所） において発生した第三者行為により受傷された 様の医療につきましては、貴組合の立替給付をお願い申し上げます。

本件に関し、大阪自動車販売店健康保険組合が給付されました医療費・その他の給付等につきましては、後日貴組合からの請求に基づき指示通り速やかに支払い、貴組合にはご迷惑をおかけしないことを誓約いたします。

なお、示談を行おうとする場合は必ず前もって貴組合にその内容を申し出します。

令和 年 月 日

加 害 者	住 所	
	氏 名	印
	TEL	

保 証 人	住 所	
	氏 名	印
	TEL	

保険会社	住 所	
	氏 名	印
	TEL	

大 阪 自 動 車 販 売 店 健 康 保 険 組 合 様

承 諾 書

私または被扶養者（家族）は、令和 年 月 日に発生した交通事故（第三者行為）にかかる療養費（治療費）について、貴健康保険組合が健康保険法第57条の規程により損害保険会社等に対し療養費（治療費）を請求するにあたり診療報酬明細書（レセプト）の写しを添付することを承諾します。

令和 年 月 日

大阪自動車販売店健康保険組合 殿

保険証記号番号 ー

住 所

被 保 険 者 名 ⑩

被 害 者 氏 名 ⑩