

第三者行為による傷病届

(その1)

組合名: J F E 健康保険組合

被害者	被保険者	記号	100	フリガナ			
		番号	123456	氏名	健保 太郎	印	印
	現住所	〒221-0000 神奈川県横浜市〇〇区〇〇111-222 TEL 090 (0000)1234					
	被保険者の勤務先	事業所名	〇〇 株式会社 TEL 000 (1234)4567				
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	
	住所・電話	〒 - TEL ()					

事故相手	加害者	フリガナ				
		氏名	業務 正夫			
		現住所	〒100-0000 東京都港区赤坂0-0-0			
加害者の住所氏名が不明の場合その理由						

事故の内容	事故発生日・場所	事故日時	平・令 1 年 5 月 10 日 (日) 午前 0 時 00 分頃			
		場所	東京都港区青山2丁目交差点付近			
	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	名称	青山 警察署			

示談状況	示談は成立していますか	成立している	平・令	年	月	日	成立
	成立していない場合はその理由	成立していない・交渉中	平・令	00 年	0 月	00 日	現在
	請求権を放棄した場合	平・令	年	月	日	理由	

※ この届には次の書類を添付してください。

- ① 事故発生状況報告書
- ② 念書兼同意書
- ③ 事故証明書の原本 又は(写)

* 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。

受付印

(その2)

組合名: J F E 健康保険組合

加害者（相手方）の賠償保険加入状況	自動車	自賠責保険	保険会社名	〇〇保険(株)		担当者	〇〇	
			所在地	〒100-0000 東京都港区赤坂0-0-0		TEL 00 (0000)1234		
			登録番号	00 300 か 1234	車台番号	NF-00112233-5		
			契約期間	00年00月00日 ~ 00年00月00日		フリガナ	ギョウム マサオ	
			証明書番号	111-2233333-4		契約者	業務 正夫	
			任意保険	保険会社名	□□保険損害保険会社		担当者	〇〇
	所在地	〒 - 東京都港区赤坂0-0-0 TEL 00(345)6789		フリガナ	ギョウム マサオ			
	契約期間	00年00月00日 ~ 00年00月00日		契約者	業務 正夫			
	証明書番号	234-445566-7		任意一括 *注(1)	有・無			
	個人賠償責任保険等	保険会社名			担当者			
	所在地	〒 - TEL ()		フリガナ				
	契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日		契約者				
	証明書番号							
	被害者の人身傷害保険	加入の有無	有・無		保険会社名	□□保険損害保険会社		
				担当者	〇〇			
					TEL 00(123)4567			

*注(1) 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。

治療状況	診療機関名/治療開始日/電話	診療機関名 〇〇 病院	治療開始日	平・令 1年 5月 10日	TEL	012 (345)6789
	所在地	〒 160 -0000 東京都杉並区〇丁目〇番〇号		入院の有無	有・無	
	診療機関名/治療開始日/電話	診療機関名	治療開始日	平・令 年 月 日	TEL ()	
	所在地	〒 -		入院の有無	有・無	
	治療費の支払い方法	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・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

事 故 発 生 状 況 報 告 書

甲 (相手・加害者の運転者)	氏名	業務 正夫	乙 (被害者・被保険者・被扶養者)	氏名	健保 太郎	運転・同乗・歩行 その他(甲車以外の車)
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 していない	歩道(両・片)	ある ない	直線・カーブ	
	傾 斜	平坦 坂	見 通 し	良い 悪い	積雪路・凍結路・濃霧	
信号又は標識	信 号	ある ない	駐停車禁止	されている されていない	その他 標識 一時停止	
速 度	甲車	15 km/h (制限速度	40 km/h)	甲車以外の車	0 km/h (制限速度	40 km/h)
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	自車が一時停止に従い一旦停止中の際、相手車が後方から追突してきたため、頸椎を捻挫した。					

別紙交通事故証明に補足して上記の通りご報告いたします。

令和 ○○ 年 ○ 月 ○○ 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 (本人)

氏名 健保 太郎 (印)

念書 兼 同意書

事故発生日	令和 1 年 5 月 10 日(日)
事故発生場所	東京都港区青山2丁目交差点付近
被害者名	健保 太郎
加害者名	業務 正夫

- 上記の事故に関して、健康保険法による保険給付を請求するにあたり以下の事項を遵守することを誓約します。
 - 加害者と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ること。
 - 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 上記の事故に関して、私が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ついて異議はありません。
- 上記の事故に関して私の個人情報及びこの念書兼同意書の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項(保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳(その見込みを含む)、診断書等)について保険会社等から提供を受けること。
 - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項(診療報酬明細書の写し等)について、保険会社等に対して提供すること。
 - この念書兼同意書をもって上記の事故による求償業務に関する事項を健康保険組合へ情報提供する保険会社等への同意を含むこと。
 - この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

令和 1 年 5 月 25 日

被保険者 住 所 神奈川県横浜市〇〇区〇〇111-222

氏 名 健保 太郎 (印)

電話番号 090-0000-1234

被扶養者 住 所

氏 名 (印)

電話番号

治療終了報告書

J F E 健康保険組合 殿

住所 神奈川県横浜市〇〇区〇〇111-222

氏名 健保 太郎 印

下記のとおり、第三者から負った傷病について治療が終了いたしましたので報告致します。

記

- 1.事故発生年月日 令和 00年 0月 00日
- 2.事故発生場所 東京都港区青山2丁目交差点付近
- 3.被害者 健保 太郎
- 4.加害者 業務 正夫
- 5.治療終了年月日 令和00 年00 月00日

※ なお、加害者との示談につきましては未締結であることを合わせて報告いたします。

その他（「治療終了報告書」:症状固定または治療終了の際ご提出ください。）

※「治療終了報告書」は、後日治療が終わってからご提出ください。