

受付日	令和	年	月	日
常務理事	部長	課長	主任	係

### 第三者の行為による傷病届

被害者の状況を記入するところ	被保険証 記号 番号	被保険者名				
	被保険者 現住所	〒			電話	( )
	事業所名	事業所所在地				
	事故の日時	年 月 日	午前 時 分 午後	事故の場所		
	被害者 氏名	生年月日		S・H ・R	年 月 日	被保険者 との続柄
	住所	〒			職業	
	診療を受け た病院等	病院名	保険診療開始日		令和 年 月 日	
		主傷病名	入院・通院別		入院・通院	
	交通方法	徒歩、自転車、普通乗用車、軽自動車、オートバイ、原付自転車、バス、同乗、その他( )				
	過失の度合	自分の過失がなんぶぐらい	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 割 よくわからない			
加害者の状況を記入するところ	氏名	性別		男・女	勤務先又は 連絡先	
	住所	〒			加害車輛の 保有者との関係	
	加害車輛 保有者	住所	〒		保険契約者	
		氏名又は会社名	契約者との関係			
	加害者の車輛	普通乗用車、トラック、オートバイ、バス、その他( )			車輛番号	
	加害者の自動車 保険加入状況	自賠責保険証券番号	第 号	契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日	保険(株)
		任意保険証券番号	第 号	契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日	保険(株)
過失の度合	相手の過失がなんぶぐらい	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 割 よくわからない				
上記のとおり、第三者の行為による傷病を届けます。						
令和 年 月 日						
鴻池健康保険組合理事長殿						

※この届に添えて提出する書類…「交通事故証明書」・「事故発生状況報告書」・「念書(被害者用・加害者用)」・「任意保険加入につて」

※交通事故以外は必要項目のみ記入してください。尚、添付書類は「事故発生状況報告書」・「念書(被害者用・加害者用)」です。



## 任意保険加入について

加害者が、自動車の任意保険に加入されている場合は、必ず下記事項をもれなく記入してください。

第三者行為による傷病届(任意保険)	
任意保険加入状況	加入・未加入
任意保険会社名	
支店名	支店
任意保険会社の所在地	
担当者名	
電話	( )
任意保険証券記号番号	
任意保険の契約者名	
任意保険の契約車両登録番号	
備考	
上記のとおり届けます。	
令和 年 月 日	

『被害者用』

念 書

令和 年 月 日 (場所) \_\_\_\_\_ において、

(加害者氏名) \_\_\_\_\_ の行為により負傷した傷病について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、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、鴻池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。

また、鴻池健康保険組合が損害賠償額の支払の請求を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の写しを添付することに同意するとともに、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって健康保険組合にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者側から金品を受けたときは、受領日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく健康保険組合に届出ること。
4. 治療が完了した場合には、速やかに治療完了日を健康保険組合へ報告すること。

令和 年 月 日

住 所

被保険者

氏 名

⑩

鴻池健康保険組合理事長 殿

『加害者用』

念 書

加害者名

被害者名

事故発生年月日 令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃

事故発生場所

上記、第三者の行為による事故のため貴組合の被保険者（被害者）が被った健康保険法に規定する保険給付費（診療費・傷病手当金等）については、加害者である私が責任をもってその負担額を支払うことを誓約いたします。

なお、被害者と示談を行なう場合は必ず前もって貴組合にその内容を申し出ます。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

⑩

連帯保証人 住 所

(保険会社でも可)

氏 名

⑩

鴻池健康保険組合理事長 殿

# 人身事故証明書入手不能理由書

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。  
(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)

理由 ※該当する項目に○印をしてください。 ※複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。	<input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ(予定を含む)であったため <input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した(もしくは終了予定のため) <input type="radio"/> 公道以外の場所(駐車場、私有地など)で発生した事故のため <input type="radio"/> 事故当事者の事情(理由を具体的に記載してください。) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;">【理由】</div> <input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;">【理由】</div>
--	---

◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。

届出警察	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	年 月 日
------	----------------------	-------	-------

裏面へ・( 交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発行日時、発生場所等を記入してください。 )

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。

◆ 上記理由により人身事故証明書を取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。	
<input type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他 ( ) ※ 該当する項目に○印をしてください	住所 〒 _____ 記入日 年 月 日 氏名 _____ (印) 電話 ( ) _____

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求(法第16条請求)する場合には、保険契約者側(契約者、運転者など)の方、または目撃者の方をご記入ください。賠償をした側が請求(法第15条請求)する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方をご記入ください。

(保険会社使用欄) 該当する□のすべてに✓する

□人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。  
□請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談

◆その他・特記事項 { \_\_\_\_\_ }

【 事案情報 被害者名 \_\_\_\_\_ 事故日:平成 年 月 日 】

## ○交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。)

発生年月日		年	月	日	午前 午後	時	分頃	天候
発生場所								
当事者	甲	住所	電話 ( )					
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日 ( )	才
		自賠償保 険契約先	自賠償保 険証明書番号	第	号			
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				
	乙	住所	電話 ( )					
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日 ( )	才
		自賠償保 険契約先	自賠償保 険証明書番号	第	号			
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				
	丙	住所	電話 ( )					
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日 ( )	才
		自賠償保 険契約先	自賠償保 険証明書番号	第	号			
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				
	丁	住所	電話 ( )					
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日 ( )	才
		自賠償保 険契約先	自賠償保 険証明書番号	第	号			
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				
戊	住所	電話 ( )						
	氏名	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日 ( )	才	
	自賠償保 険契約先	自賠償保 険証明書番号	第	号				
	登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他					

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。