

第三者の行為による傷病届(則65)

被保険者証の記号番号		被保険者氏名 住 所	年 月 日 生			
事業所の名称			事 業 所 所在 地			
被害者が被扶養者である場合その者の氏名	氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者との続柄	
第三者(加害者)の氏名、住所、勤務地(所在地)	氏 名	年 月 日 生	住 所 又 は 居 住 地	TEL ()		
	勤務先		勤 務 先 の 所 在 地	TEL ()		
疾病又は負傷の状況	発病又は負傷 年 月 日	前 令和 年 月 日 (曜日) 午 時 分 (頃) 後				
	場 所					
	傷 病 名					
	負傷又は事故の原因及び概況					
自動車事故による加害者調書	保 險 契 約 者	氏 名 住 所		自 動 車 の	車 種	
	保 有 者	氏 名 住 所			証明書番号	
	運 転 者	氏 名 住 所			車両番号	
	自賠責保険加入	有 無	契約先 住 所 電 話		証明書 番 号	
	任意保険加入	有 無	契約先 住 所 電 話		証明書 番 号	
診療手当てを受けた 病院、診療所、医院		病院名				
		所在地				
損害賠償請求の意思		有	無	(該当事項を○で囲んでください)		
あるとき	示 談 解 決	示談解決の内容		示談解決書(写)を添付下さい		
	保険会社適用	自賠責保険 任意保険	保険会社より受けた額	¥ _____	令和 年 月 日 受領	

令和 年 月 日

住 所
届出者
氏 名

(印)

個人情報の取扱いに関するご案内

交通事故等第三者行為によって医療機関にかかり、健康保険被保険者証を用いた治療が行われた場合は、損害保険会社にレセプトのコピーを医療費証明として提出いたします。

医師の意見書

令和 年 月 日

傷病者氏名			
<p>現在</p> <p>診療費は</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 健保適用 <input type="checkbox"/> 加害者負担 <input type="checkbox"/> 被害者負担 <input type="checkbox"/> その他 <p>※ (該当事項を○により囲んでください)</p>			
傷病名			
<p>治療内容</p>			
<p>年 月 日 初診</p>		<p>診療見込期間</p>	
<p>治療費見込額</p>		<p>円</p> <p>後遺(胎)症が残るか</p> <p><input type="checkbox"/> 残る <input type="checkbox"/> 残らない</p>	
<p>担当医師の</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: right;"><input checked="" type="checkbox"/></p>			

念書

(事故年日) (事故発生場所) (加害者名)

令和 年 月 日 _____において _____ の不法行為により

_____ 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 条の規定よってクラシエ健康保険組合が給付の価額の限度において取得公使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことを、ここに書面をもつて申し立てます。

なお、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、受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。

令和 年 月 日

クラシエ健康保険組合理事長 殿

住 所
被保険者
氏 名

印

念書

クラシエ健康保険組合 御中

事 故 日

事故場所

当 事 者

上記の事故において、クラシエ健康保険組合が_____の
治療費に対して給付を行った場合、_____（保険）は当事者
双方の過失割合に応じて、クラシエ健康保険組合からの求償に応じます。

令和 年 月 日

求 償 先

住 所

氏 名

(支店名)

電 話

事故受付 NO

担当者

印

自動車事故証明書

1. 被害者 住 所 氏 名	(年令 才)
2. 加害者 住 所 氏 名	(年令 才)
3. 加害自動車 自動車の種類 自動車の登録番号又は車両番号	
4. 保険契約者 住 所 氏 名	
5. 事故発生日時 令和 年 月 日 時 分	
6. 事故発生場所	
7. 事故の状況	
_____ へ提出するのでこの事実に相違なきことをご証明下さい。	
令和 年 月 日	
警察署長 殿	
出願者 住所 氏名	
加害者との続柄	
上記のとおり相違ないことを証明する。	
令和 年 月 日	
警察署長	

※ 公的機関で交通事故証明書がとれない場合に提出

事故発生状況報告書

当事者	甲 (加害運転者)	氏名 (電話)		届出機関の 証明番号	
	乙 (被害者)	氏名 (電話)		事故時の状況	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
道路状況		・舗装	してある しない	・歩道(両・片) ない	ある ・直線・カーブ・平坦・坂
		・見通し	よい 悪い	・積雪・凍結	
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
速度		甲車両	km/h	(制限速度)	km/h
		乙車両	km/h	(制限速度)	km/h
事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください。	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				

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

令和 年 月 日

甲との関係()

報告者

氏名

印

乙との関係()