

第三者の行為による傷病届

本人・家族

☆ 該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

被害者・加害者関係	被保険者証 記号と番号	記号 第 号	氏 名 現 住 所	印		
	被保険者が勤務 している事業所	名 称				
		所 在 地	TEL ()			
	被扶養者がうけた 事故であるとき	氏 名		被保険者 との続柄		
	加 害 者	氏 名		生年月日	明大昭平 年 月 日	
		現 住 所	TEL ()			
	加害者の勤務先	名称又は 氏 名		事業内容 又は職業		
		所 在 地 又は住所	TEL ()			
	加害者の住所氏名 が判らないとき	その理由				
	事故内容	傷 病 名		発 生 年月日	平成 年 月 日 午前・後 時 分頃	
発 生 の 場 所						
種 別		自動車事故・バイク事故・殴打・自転車事故・刺傷・その他 ()				
事 故 結 果		即死・入院直後の死亡 (死亡 年 月 日)・治療 入院中の死亡				
警察官の立会		あった・な い・ないが届出済・わからない				
所 轄 署		警察署				派出所
過 失 の 度 合		自 分 が な ん ぶ		相 手 が な ん ぶ		
	0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 1 0		0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 1 0			

この届に添えて 提出する書類	自動車のときは	1 自動車事故証明書 2 事故発生状況報告書 3 診 断 書 4 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書
		5 示談をしているときは示談書の写

受付日付印

事故発生状況	加害者の行為によって生じた事故について加害者の行動および被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入してください。
事故現場の見取図	事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示してください。

☆ 自動車事故であつて「事故発生状況報告書」を、この届に添えて提出するときは、この頁に記入する必要はありません。

加害者の自動 車状況	責任保険加入の有無		ある・ない	保険契約期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日			
	保険加入証明 記 号 番 号		第 号	契 約 者 氏 名				
	契 約 保 険 会 社		名 称	TEL ()				
			所在地					
示談 状 況	示談が成立		交 渉 中		請 求 権 を 放 棄 し た			
	平成 年 月 日		成立していない		平成 年 月 日 現在			
			示談が成立していない理由		放棄した理由			
損害賠償の請求および支払状況	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は、			した（請求者名 ）・しない ・請求中				
	加 害 者 に 対 す る 損 害 賠 償 の 請 求			平成 年 月 日 口頭 ・ 文書 治療費 円 作業補償 円 その他 円				
	第三者（加害者）から損害賠償をうけたとき	損害賠償の種類		加害者直接賠償 ・ 保険会社からの賠償				
		賠償金の内訳	治療費 (入院費を含む)		円			
			休業補償費		自平成 年 月 日1日につき 円 至平成 年 月 日 日分 円 計			
			葬 祭 費		円			
			慰 謝 料		円			
			見 舞 金		円			
			障 害 補 償 費		円			
			そ の 他		円			
合 計			円					
受領方法 および年月日	全 額		平成 年 月 日 受領					
	分 割 () 回払	第1回	円 年 月 日 受領					
		第2回	円 年 月 日 受領					
		第3回	円 年 月 日 受領					

治 療 状 況	この事故で医師の治療を受けましたか		う け た ・ う け な い	
	治 療 を う け た と き	医 療 機 関	名 称	
			所在地	TEL ()
		支 払 方 法	健 康 保 険 ・ 加 害 者 負 担 ・ 自 費 ・ そ の 他 ()	
		治 療 開 始	平 成 年 月 日 入 院 通 院	
		転 帰	(平 成 年 月 日 現 在) 現 在 入 院 中 ・ 通 院 加 療 中 ・ 治 癒 ・ 中 止	
		入院治療機関	入院 自 平成 年 月 日～至 平成 年 月 日 通院 自 平成 年 月 日～至 平成 年 月 日	
		後 遺 症	あ る ・ あ る 見 込 ・ な い ・ な い 見 込	
治 療 見 込	平 成 年 月 日 から 約 日 ぐ ら い			

_____ ◇ _____

この欄は記入する必要がありません

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支 給 年 月 日	備 考
療 養 の 給 付	円	自 _____ 日間 至 _____	・	
療 養 費	円	マッサージ、 コルセット 柔道整復施術、 輸血		
傷 病 手 当 金	円	自 _____ 日間 至 _____		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

[illegible]

事故発生状況報告書

[illegible]

平成 年 月 日

報告者	報告者	甲との関係（ ）
		乙との関係（ ）

印

印

誓 約 書

南都銀行健康保険組合

理事長 殿

事故発生日時 〔平成 年 月 日 時 分頃〕

事故発生場所 〔 〕 において、

加害者氏名 〔 〕 の行為により

被害者氏名 〔 〕 の被った傷病

について、健康保険法の規定による保険給付を受けた者が、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条の規定により、その価額の限度において代位請求があった場合は、過失責任割合相当分の費用を支払うことを連帯保証人と共に署名押印の上、誓約します。

平成 年 月 日

加害者 〒 ー

〔住所〕

〔TEL〕 ()

〔氏名〕 ⑩

連帯保証人 〒 ー

〔住所〕

〔TEL〕 ()

〔氏名〕 ⑩

※健康保険法第57条

健保組合が医療機関に支払った治療費は、本来加害者が支払うべきものです。それを健保組合が加害者に代わって立替払いし、後日、健保組合が加害者側（保険会社等）に対して、治療に要した費用を請求することになります。従って、被害者が加害者に対して有する損害賠償請求権のうち、保険給付を受けた限度内については、自動的に健保組合に移ります。

念 書

南都銀行健康保険組合

理事長 殿

事故発生日時 [平成 年 月 日 時 分頃]

事故発生場所 [] において、

加害者氏名 [] の行為により

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、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、南都銀行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はございません。なお、併せて、次の事項に対し同意し遵守することを誓約いたします。

1. 自賠責保険及び任意保険等への請求に際し、貴健保組合から必要な添付書類等の提出を求められた場合は、遅滞なく提出すること。
2. 加害者と示談を行う場合には、必ず前もって貴健保組合にその内容を申し出ること。
3. 加害者側に白紙委任状を渡さないこと。
4. 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、且つ遅滞なく貴健保組合に届け出ること。

平成 年 月 日

被害者 〒 —

[住所]

[TEL] ()

[氏名] ⑩

被保険者 〒 —

[住所]

[TEL] ()

[氏名] ⑩

※健康保険法第57条

健保組合が医療機関に支払った治療費は、本来加害者が支払うべきものです。それを健保組合が加害者に代わって立替払いし、後日、健保組合が加害者側（保険会社等）に対して、治療に要した費用を請求することになります。従って、被害者が加害者に対して有する損害賠償請求権のうち、保険給付を受けた限度内については、自動的に健保組合に移ります。