

鉛筆や文字が消えるボールペン（フリクションペン）を使用した届出申請は受付できません。

過失割合に関係なく  
被害者⇒自分・受診者  
加害者⇒相手・第三者

常務理事	グループ長	担当者
理 伺		

健康保険 第三者行為による傷病届

記号番号	1 2 3 4	5 6 7 8	所 属	〇〇株式会社△△事業部	
被保険者氏名	健保 太郎		勤務 ( 常昼 )	TEL×××-××××	
住 所	◇◇県〇△市◇町×-×-×		自宅	TEL×××-××××-××××	
被 害 者 負 傷 状 況 調 査  (注)	誰 が	健保 太郎 (52) 才 続柄 ( 本人 )			
	いつ	平成 ×× 年 ×× 月 × 日 (土) 13 時 30 分頃			
	どこで	◇◇県〇△市△町××番地先□□交差点			
	どんな用務で	買い物へ行く途中			
	事故の状況	※被害者(受診者) 被害者(車)は国道を直進中、□□交差点で、一時停止しないで進行してきた加害者(車)と出合い頭衝突した。			
負傷名	頭部外傷 I 型 例) □□捻挫、〇〇骨折 等				
医療機関	〇△病院	入院・通院	終了日	平成××年 ××月××日	
	××整骨院	入院・通院	終了日	平成××年 ××月××日	
加 害 者  (※相手(第三者))	氏 名	保険 次郎 (36) 才 職業 ( 自営業 )			
	住 所	◇◇県〇△市△町△-〇-× 自宅 TEL×××-△△△△-××××			
	勤 務 先	〇〇販売店 会社 TEL ××-××××-△△△△			
上記の通りお届けします。 平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日 被保険者氏名 健保 太郎 (印)					

(注) 過失割合に関係なく、被害者欄には事故にあった被保険者又は被扶養者名を記載ください。

【この届に添えて提出する書類】

- ① 念書・同意書
- ② 誓約書
- ③ 事故発生状況報告書
- ④ 加害者の自動車保険加入状況
- ⑤ 交通事故証明書<人身事故表示> (原本) ※自動車安全運転センターにて入手ください。

健康保険を使用して通院した病院が複数ある場合は、全てご記入ください。書ききれない場合は、余白にご記入ください。

通院(または治療)が終了している場合や終了予定がある場合はお知らせください。未定の場合は空欄で結構です。

新日鐵住金健康保険組合 御中

## 念書

過失割合に関係なく  
被害者→自分  
加害者→相手

平成××年××月××日(場所) ◇◇県○△市△町××番地先□□交差点 において  
(加害者) 保険 次郎 の行為により (被害者) 健保 太郎 の被った傷病  
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、新日鐵住金健康保険組合が保険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（保険会社・共済団体）と示談を行う場合は、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（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領年月日・内容・金額をもれなくかつ遅滞なく健康保険組合に届け出ること。
4. 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

平成××年××月××日

被保険者氏名 健保 太郎 (印)

## 同意書

この届書に記載した保険事故について、健康保険組合が賠償金の支払請求を加害者の加入する損害保険会社・共済団体等に行う際、請求書類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ついて同意します。

併せて、加害者の加入する損害保険会社・共済団体等の保有する損害賠償に関する情報について健康保険組合が提供を受けることについても同意します。

平成××年××月××日

被害者又は法定代理人  
氏名 健保 太郎 (印)  
(未成年者等の氏名： )

※被害者が未成年者の場合は、法定代理人（被保険者）が記入してください。

新日鐵住金健康保険組合 御 中

## 誓 約 書

過失割合に関係なく  
被害者⇒自分  
加害者⇒相手

**健保 太郎** を第三者行為傷病届の事由により負傷させました。

この事故に要する費用（医療費その他の保険給付費等）は過失の割合に応じて責任をもって返納することを誓約します。

平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日

加害者 氏名 **保険 次郎** 印

※子供同士等の場合は保護者氏名も明記

---備考欄---

加害者に記入・捺印をいただけない場合はその理由をご記入ください。

---

---

---

---

---

平 成 ×× 年 ×× 月 ×× 日

被保険者氏名 **健保 太郎** (印)

相手方から記入の協力が得られない場合は、  
その理由を備考欄に明記してください（被保険者署名・押印を含む）

### 【記入例】

- ・相手方に署名を依頼したが得られなかった。
- ・人身傷害対応の為、相手側の署名はいただけませんでした。
- ・過失について双方の意見が異なり、記載いただけませんでした。
- ・事故状況を調査中のため相手に協力をお願いできなかった。

# 事故発生状況報告書

過失割合に関係なく  
被害者⇒自分  
加害者⇒相手

自賠責 証明書番号	第12-3456789号	当事者	甲(加害者)	氏名 保険 次郎 TEL XXX-△△△△-XXXX	
車両番号	品川123 に 4567		乙(被害者) (注)	氏名 健保 太郎 TEL XXX-XXXX-XXXX	(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	(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) ・道路の見通し ((良い)・悪い) ・道路の状態 ((直線)・カーブ・平坦)				
信号又は標識	・信号 (ある・(ない))    ・自転車側信号 (青・赤・黄)    ・相手方信号 (青・赤・黄) ・駐停車禁止 ((されている)・されていない)    ・その他の標識 ( 一時停止 )				
速度	甲車両 25 km/h (制限速度                      km/h) 乙車両 50 km/h (制限速度 50 km/h)				
し 事 て 故 下 現 さ 場 に 於 け る 自 動 車 と 被 害 者 と の 状 況 を 図 示	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい) <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <p>自 車 </p> <p>相 手 車 </p> <p>進 行 方 向 </p> <p>信 号 </p> <p>一 時 停 止 </p> <p>人 間 </p> <p>自 転 車 </p> <p>バ イ ク </p> </div> </div>				
下 上 さ 記 い 図 の 説 明 を 書 い て	乙は、普通乗用車を運転し、国道××号線を進行中、 □□交差点において、一時停車の標識のある左側道路から 一時停止せず交差点に進行してきた甲運転の 普通乗用車と衝突した。				
平成××年××月××日					
報告者			甲との関係 (       )	健保 太郎	
			乙との関係 ( 本人 )	(印)	

(注) 過失割合に関係なく、被害者欄には事故にあった被保険者又は被扶養者名を記載ください。

## 加害者の自動車保険加入状況

過失割合に関係なく  
被害者⇒自分  
加害者⇒相手

自賠責は、交通事故  
証明書を参考にご記  
入ください。

自 賠 責 保 険	保 險 会 社 名		〇〇〇〇損害保険株式会社		
	取 扱 店 所 在 地		〒 1 2 3 - 4 5 6 7 〇〇県〇〇市△△町 3 - 3      TEL ××××-〇〇-〇〇〇〇		
	保 險 契 約 者	フリガナ 氏 名	ホケン ジロウ 保 険 次 郎		
		住 所	◇◇県〇〇市△△町△-〇-× TEL××××-△△△△-××××		
	車 保 有 者	フリガナ 氏 名	ホケン ジロウ 保 険 次 郎		保険契約者との関係 ( 本 人 )
		住 所	TEL		
	運 転 者	フリガナ 氏 名	ホケン ジロウ 保 険 次 郎		保有者との関係 ( 本 人 )
		住 所	TEL		
保 險 契 約 期 間		自 平成××年××月 ×日      至 平成×〇年 ×月××日			
自 賠 責 証 明 書 番 号		第12-3456789号	自賠責保険請求	済 ・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">未済</span>	

任 意 保 険	保 險 会 社 名	〇〇〇海上火災保険株式会社	契 約 証 番 号	第A-3456789号
	保 險 契 約 者 名	保 険 次 郎		
	取 扱 店 所 在 地	〒 1 2 3 - 7 6 5 4 〇〇県〇〇市△△町 6 - 1		
	担 当 者	〇〇支店 損保 浩一		TEL××××-××-〇△××
	保 險 契 約 期 間	自 平成××年××月 ×日      至 平成×〇年 ×月××日		
任 意 一 括 払 に つ い て ※		<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">有</span> ・ 無	※任意一括払とは、自賠責保険だけの対応ではなく、任意保険会社に対応している場合です。	