

第三者の行為による傷病届

被害者・加害者関係	①被保険者証の記号・番号	(記号) (番号) —	②所属事業所の名称	
	③負傷・疾病した者の氏名		④「③」の被保険者との続柄	
	⑤加害者の氏名、現住所	(氏名)	(現住所) 〒 —	TEL — —
	⑥加害者の勤務先名称、所在地	(名称)	(所在地) 〒 —	TEL — —
	⑦加害者の住所氏名が判らないとき	(その理由)		
事故内容	⑧傷病名		⑨発生年月日	令和 年 月 日
	⑩発生の場所			
	⑪種別	自動車事故・バイク、自転車事故・殴打・殺傷・その他()		
	⑫事故結果	即死・入院直後(中)の死亡(令和 年 月 日)・治療		
	⑬警察官の立会い	あった・ない・ないが届出済・わからない		
	⑭所轄署	警察署 (派出所)		
	⑮過失の割合	自分がなんぶ 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	相手がなんぶ 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	
<p>上記のとおりお届けいたします。</p> <p>令和 年 月 日 〒 — TEL — —</p> <p>被保険者の そごう・西武健康保険組合 殿 住所氏名 ⑤</p>				

※この届に添えて提出する書類

自動車事故のときは	1 自動車事故証明書(自動車安全センター発行) 2 事故発生状況報告書 3 診断書 4 死亡の場合は除籍謄本又は死亡診断書 5 示談をしているときは示談書の写し
-----------	--

※処理事項	健保組合記入欄			
	費用の負担方法	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 加害者負担		
	補償の範囲	<input type="checkbox"/> 療養の給付 <input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 埋葬料 (求償先等)		
届出後の処理				

決裁印

受付印

常務理事				
------	--	--	--	--

加害者の自動車 保険加入状況	強制自動車損害賠償責任保険				任意自動車損害賠償責任保険				
	契約保険会社	名称			名称				
		所在地	〒	—	〒	—			
	保険契約期間	平成 令和	年	月	日	～令和	年	月	日
	契約者氏名								
保険加入証明記号番号									
示談状況	1. 示談が成立	成立日:令和 年 月 日							
	2. 交渉中	令和 年 月 日現在交渉中							
	3. 示談が成立していない	成立していない理由							
	4. 請求権を放棄した	放棄日:令和 年 月 日			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の賠償金の受領は		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		していない	年 月 日 口頭・文書		治療費 円 休業補償 円 その他 円			
			した						
	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 令和 年 月 日	1日につき		円		
				至 令和 年 月 日	日分		円		
			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	令和 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					

治療状況をうけたとき	この事故で医師の治療をいけましたか		うけた ・ うけない			
	医療機関	名称及び担当医				
		所在地	〒 - TEL - -			
	支払方法	加害者負担 ・ 自費 ・ 健康保険 ・ その他()				
	治療開始	令和 年 月 日	入院	通院		
	転 帰	(令和 年 月 日現在)				
		現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止				
	入院治療期間	入院:	自 令和 年 月 日	～ 至	令和 年 月 日	
		通院:	自 令和 年 月 日	～ 至	令和 年 月 日	
	後遺症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込				
治療見込	令和 年 月 日	から約	日	月	ぐらい	

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、訂正印を押印ください。

事故発生状況報告書

甲:被保険者氏名		乙:第三者氏名	
甲車速度		甲車 (制限速度) km km)	乙者速度
		乙車 (制限速度) km km)	
天 候	晴・曇・小雨・雨・雪	交通状況	混雑・普通・閑散
		明 暗	昼間・夜間・明け方・夕方
飲 酒	甲 (有・無)	乙 (有・無)	免 許
			甲 (有・無) 乙 (有・無)

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、くわしく記入して下さい。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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。

(道路方向の地名(至〇〇方面)、道路幅、信号、横断歩道、道路標識、接触点等詳しく表示して下さい。)



※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、訂正印を押印ください。

(被保険者から)

念 書

(場 所)

令和 年 月 日() _____において、
(加害者)

_____の不法行為により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条の規定によって健康保険組合が給付の価格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. 加害者と示談を行う場合は、必ず前もって貴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. 加害者から金品を受けた場合は、受領年月日、内容、金額(評価額)をまれなく、かつ遅滞なく貴組合に届け出ること。
4. 請求先の損害保険会社等から請求があった場合は、該当レセプトを請求先へ開示することに同意します。

そごう・西武健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

(被保険者・被扶養者)

住 所

氏 名

印

(第三者から)

念 書

(場 所)

令和 年 月 日() _____において発生

(被保険者)

(被保険者)

した交通事故等にかかわる _____の治療費については _____の加入

するそごう・西武健康保険組合が療養の給付を行ない、後日そごう・健康保険組合からの

既払い医療費の請求に応じることを確約いたします。

またそごう・西武健康保険組合に一切ご迷惑をかけないことを誓約いたします。

そごう・西武健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

(第三者)

住 所

氏 名

㊞