

# 第三者の行為による傷病届

区分	本人	すべての事故について提出して下さい。 (該当文字を○で囲み、必要事項は記入して下さい。)																	
	家族																		
被保険者の	1 保険証記号番号	記号																	
	2 氏名・印	印										才	性別	男・女					
	生年月日	S・H																	
	3 現住所	〒 -																	
4 勤務事業所名	TEL																		
被害者が家族の時	5 被扶養者氏名											性別	男・女	続柄					
	生年月日	M・T・S・H																	
加害者(第三者)	6 氏名											生年月日	M・T・S・H						
	7 現住所	〒 -																	
	8 勤務先名称	TEL																	
	9 勤務先所在地	〒 -																	
加害者の住所氏名が不明の時	10 その理由																		
事故内容	11 発生年月日	平成	年	月	日	午前・午後	時	分頃											
	12 発生場所																		
	13 傷病名																		
	14 種別	①自動車事故			②バイク事故			③自転車事故			④殴打事故			⑤刺傷事故			⑥その他( )		
	15 事故の結果	①即死			②入院直後の死亡			③入院中の死亡			④治療			(死亡年月日:平成 年 月 日)					
	16 警察官の立会い	①あった			②ない			③ないが提出済み			④わからない								

## 添付書類

1. 事故証明書の写し(交通事故の場合のみ)
2. 戸籍謄本の写し及び死亡診断書の写し(死亡の場合のみ)
3. 示談書の写し(示談をしている場合のみ)
4. 念書

受付日付印

17 事故の発生状況

〔加害者の行為によって生じた事故について、加害者の行動及び被害者の行動をわかりやすく、詳しく記入して下さい。〕

18 事故現場の見取り図

〔事故が発生した場所の見取り図を記載し、被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示して下さい。〕

加害者の 自動車保険 加入状況	19 責任保険加入の有無	①ある ②ない	20 保険契約期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	
	21 保険証券番号	第 号	22 契約者氏名		
	23 契約保険会社	名称			
		所在地	TEL		
	24 任意保険加入の有無	①ある ②ない	25 保険契約期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	
	26 保険証券番号	第 号	27 契約者氏名		
28 契約保険会社	名称				
	所在地	TEL			
示談状況	29 示談成立	平成 年 月 日	33 未成立 又は放棄 の理由		
	30 交渉中	平成 年 月 日 現在			
	31 成立していない	平成 年 月 日 現在			
	32 請求権の放棄	平成 年 月 日 現在			
治療状況	34 医師の治療	受けた ・ 受けない			
	35 傷病名				
	36 医療機関	名称			
		所在地	TEL		
	37 治療開始	平成 年 月 日	入院 ・ 通院		
	38 傷病の結果	平成 年 月 日 現在			
		①入院中	②通院中	③治癒	④中止
	39 入院治療期間	平成 年 月 日 から	日間		
平成 年 月 日 まで					
40 通院治療期間	平成 年 月 日 から	日間			
	平成 年 月 日 まで				

治療状況	41 後遺症	①ある ②ある見込 ③ない ④ない見込						
	42 治療見込	平成	年	月	日 から 約	日間 ヶ月		
損害賠償請求 及び支払状況 第三者(加害者) から損害賠償 を受けたとき	加害者直接賠償 及び保険会社 からの賠償金 の内訳	43 治療費 (含入院費)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				円	
		44 休業補償費	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				日間 日額 円 計 円	
		45 看護料	日分				円	
		46 葬祭料					円	
		47 慰謝料					円	
		48 見舞金					円	
		49 障害補償費					円	
		50 その他					円	
	51 合計					円		
	受領方法及び受 領年月日	52 全額					円	
		53 分割払いの 場合 全( )回払	1回	平成 年 月 日 受領				円
			2回	平成 年 月 日 受領				円
			3回	平成 年 月 日 受領				円
4回			平成 年 月 日 受領				円	
備考								

不二サッシ健康保険組合理事長 殿

## 念 書

被害者氏名		続柄	
加害者氏名		事故発生日	平成 年 月 日
加害者住所	〒 ー TEL	発生場所	

上記事故により被った傷病について、健康保険被保険者証にて治療を受けております。

よって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(損害賠償請求権の代位取得)の規定によって組合が支払った価額(治療費等)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事を、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. 加害者側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時は受領年月日、内容、金額等をもれなく、かつ遅滞なく健康保険組合に届け出ること。
4. 上記誓約事項を守らず示談し、賠償額を受け取った場合は、組合が支払った額(治療費等)を返還します。
5. 損害賠償請求のため、レセプト(診療報酬明細書の写し)を損害保険会社に提出することに同意します。

平成 年 月 日

被保険者証 記号 番号

被保険者氏名 ㊞

被保険者住所

電話番号

①被保険者控(必ず保存)

不二サッシ健康保険組合理事長 殿

## 念 書

被害者氏名		続柄	
加害者氏名		事故発生日	平成 年 月 日
加害者住所	〒 —  TEL	発生場所	

上記事故により被った傷病について、健康保険被保険者証にて治療を受けております。

よって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(損害賠償請求権の代位取得)の規定によって組合が支払った価額(治療費等)の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領することの異議のない事を、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. 加害者側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時は受領年月日、内容、金額等をもれなく、かつ遅滞なく健康保険組合に届け出ること。
4. 上記誓約事項を守らず示談し、賠償額を受け取った場合は、組合が支払った額(治療費等)を返還します。
5. 損害賠償請求のため、レセプト(診療報酬明細書の写し)を損害保険会社に提出することに同意します。

平成 年 月 日

被保険者証 記号 番号

被保険者氏名



被保険者住所

電話番号

②健康保険組合提出用

H18.2.5改訂