

任継者用記入例

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	3	9	番号	○	○	○	○	○	○			
	2 氏名・印	健保 太郎					○	37	才	性別	○	男	・	女
	2 生年月日	S・H	48	年	1	月	1	日						
	3 現住所	〒○○○ - ○○○○ 川崎市幸区鹿島田○× - ○×												
4 勤務事業所名	Tel													
被害者が家族の時	5 被扶養者氏名	健保 一郎					性別	○	男	・	女	続柄	子	
	5 生年月日	M・T・S・H	12	年	10	月	10	日						
加害者(第三者)	6 氏名	轟 隼人					生年月日	M・T・S・H	30年 8月 15日					
	7 現住所	〒○○○ - ○○○○ 川崎市川崎区東田町○× - ○×												
	8 勤務先名称	△△運輸(株)					Tel	○○○ - ○○○○						
	9 勤務先所在地	〒○○○ - ○○○○ 東京都港区□□												
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 22 年 9 月 15 日 午前・午後 4時 15分頃												
	12 発生場所	川崎市川崎区東田町△△-△												
	13 傷病名	右大腿骨複雑骨折												
	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

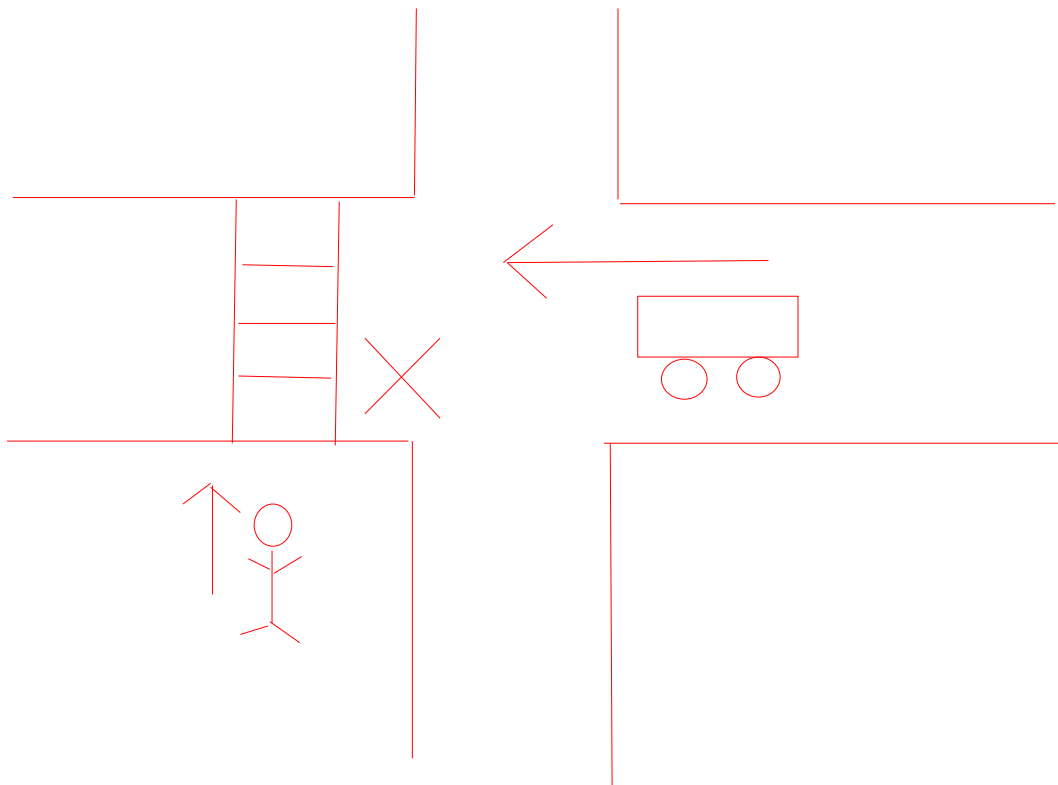
17 事故の発生状況

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。

被害者が青信号で横断歩道を渡ろうと踏み出した時に、
信号無視の加害者の車にぶつかった。

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 21 年 11 月 3 日 から 平成 22 年 11 月 2 日 まで	
	21 保険証券番号	第 1234567 号	22 契約者氏名	△△運輸(株)	
	23 契約保険会社	名称	あいおいジャパン損保		
		所在地	東京都新宿区新宿〇〇 Tel.〇〇-〇〇〇〇		
	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 22 年 1 月 15 日 から 平成 23 年 1 月 14 日 まで	
	26 保険証券番号	第 9876543 号	27 契約者氏名	△△運輸(株)	
28 契約保険会社	名称	損保ダイレクト(株)			
	所在地	東京都港区海岸〇〇 Tel.〇〇-〇〇〇〇			
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22年 9月24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	①受けた ・ ②受けない			
	35 傷病名	右大腿骨複雑骨折			
	36 医療機関	名称	不二整形外科		
		所在地	川崎市幸区鹿島田〇〇 Tel.〇〇-〇〇〇〇		
	37 治療開始	平成 22年 9月 15日	入院 ・ ③通院		
	38 傷病の結果	平成 22年 9月 24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				
	平成 年 月 日 まで	日間			
40 通院治療期間	平成 22年 9月 15日 から	治療中 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	22年	9月	15日 から 約 5 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	健保 一郎	続柄	子
加害者氏名	轟 隼人	事故発生日	平成 22年 9月 15日
加害者住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 川崎市川崎区東田町〇×-〇× TEL 〇〇〇-〇〇〇〇	発生場所	川崎市川崎区東田町△△-△

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 22年 9月 24日

被保険者証 記号 39 番号 〇〇〇〇〇〇〇

被保険者氏名 健保 太郎



被保険者住所 川崎市幸区鹿島田〇×-〇×

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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	健保 一郎	続柄	子
加害者氏名	轟 隼人	事故発生日	平成 22年 9月 15日
加害者住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 川崎市川崎区東田町〇×-〇× Tel 〇〇〇-〇〇〇〇	発生場所	川崎市川崎区東田町△△-△

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 22年 9月 24日

被保険者証 記号 39 番号 〇〇〇〇〇〇〇

被保険者氏名 健保 太郎

健保

被保険者住所 川崎市幸区鹿島田〇×-〇×

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

②健康保険組合提出用

H18.2.5改訂