

健康保険 第三者行為による傷病届 (1/2) 令和 1年 5月 1日

被保険者情報	被保険者	記号	2	フリガナ	ケンボ タロウ	
		番号	12345	氏名	健保 太郎 (印) (昭)平・令 ○○年 ○月 ○日生(○○才)	
	現住所	〒 123 - 4567 群馬県高崎市栄町123 TEL 123(456)7890				
	被保険者が勤務している事業所(連絡先)	名称	太陽誘電株式会社			
		所在地	〒 123 - 4567 群馬県高崎市栄町8-1 TEL 123(456)7800			
被扶養者が被害者であるとき	フリガナ	ケンボ ハナコ	氏名	健保 花子 (昭)平・令 ○○年 ○○月 ○日生(○○才)	続柄	妻
被扶養者が被害者であるとき	フリガナ		氏名	昭・平・令 年 月 日生(才)	続柄	

第三者(相手)	加害者(相手)	フリガナ	○○○ ○○○		
		氏名	相手 ○○ (昭)平・令 ○○年 ○○月 ○日生(○○才)		
	現住所	〒 456 - 7890 ○○県○○市○○町9870 TEL 987(654)3210			
加害者の住所氏名が不明の場合その理由					

事故の内容	傷病名	肋骨骨折・頸椎捻挫	損害の程度	全治 3ヶ月	
	事故発生日・場所	事故日時	(平成)令和 31年 12月 20日(木) (午前)午後 16:30頃		
		場所	○○県○○市○○町9999		
	事故発生時の状況	被保険者又は被扶養者	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外() 勤務中・通勤途中 (私用外出中)・その他()		
		加害者(事故相手)	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外()		
	所轄警察署	(警察に届出済)・届出なし・不明 *注1		届出署	高崎 警察署
過失の度合(わかる範囲で)	自分(被害者)の過失	(0) 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%)			
	相手(加害者)の過失	0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. (100) (%)			

示談状況	示談は成立していますか	成立している	平成・令和 年 月 日 成立
		成立していない (交渉中)	平成 (令和) 1年 5月 1日 現在
	成立していない場合はその理由		
請求権を放棄した場合	平・令 年 月 日	理由	

*注1 物損事故で処理した場合、別途「人身事故証明入手不能理由書」の提出を求める場合があります。

加害者の賠償保険加入状況	自動車保険	自賠責保険	保険会社名	〇〇〇〇損害保険(株)			
			所在地	〒 321 - 7654 〇〇県〇〇市〇〇町456 TEL 567(890)1234			
		契約期間	H29年 1月 1日 ~ R2年 1月 1日	フリガナ	〇〇〇 〇〇〇		
		証明書番号	〇〇〇〇〇	契約者	相手 〇〇		
	任意保険	保険会社名	〇〇〇〇〇同和損害保険(株)			担当者	
		所在地	〒 567 - 8900 〇〇県〇〇市〇〇町7890 TEL 890(123)4567			フリガナ	〇〇〇 〇〇〇
		契約期間	H31年 1月 1日 ~ R2年 1月 1日	任意一括	〇〇〇 〇〇〇		
		証明書番号	〇〇〇〇〇	*注2	有・無		
	個人賠償責任保険等	保険会社名				担当者	
		所在地	〒 -			TEL ()	
契約期間		年 月 日 ~ 年 月 日	フリガナ				
証明書番号					契約者		
被害者の人身傷害保険		加入の有無	あり・なし	保険会社名	担当者	TEL ()	

治療状況	医療機関	〇〇総合病院				
	治療期間	平成・令和 31年 12月 20日から (入院 自 12月 20日 至 12月 22日)				通院
	転院した場合 医療機関					
	治療期間	平成・令和 年 月 日から (入院 自 月 日 至 月 日)				通院
	後遺症	ある・ある見込み・ない・ない見込み・不明				
	治療費の支払方法	健康保険・被害者負担・加害者負担(自賠責支払)・その他()				

損害賠償	相手方に対する損害賠償の請求状況		すでに請求済・現在のところ未請求			
	相手方からの損害賠償金等の受領状況		受領済・受領していない			
	*加害者や保険会社から賠償金を受領した場合のみ下欄にご記入ください。					
	賠償金の内訳	治療費	円	慰謝料	円	
		休業補償費	月 日から 月 日までの 日間 ×日額	=	日間 円	
		葬祭費	円	その他	円	
		見舞金	円	(合計額)	円	
受領方法	一括	平成・令和 年 月 日 受領				
	分割 ()回払い	1回目	円 平成・令和 年 月 日	日受領		
		2回目	円 平成・令和 年 月 日	日受領		
3回目		円 平成・令和 年 月 日	日受領			

*注2 任意一括とは、自賠責保険を含めて任意保険会社が一括して対応している場合です。

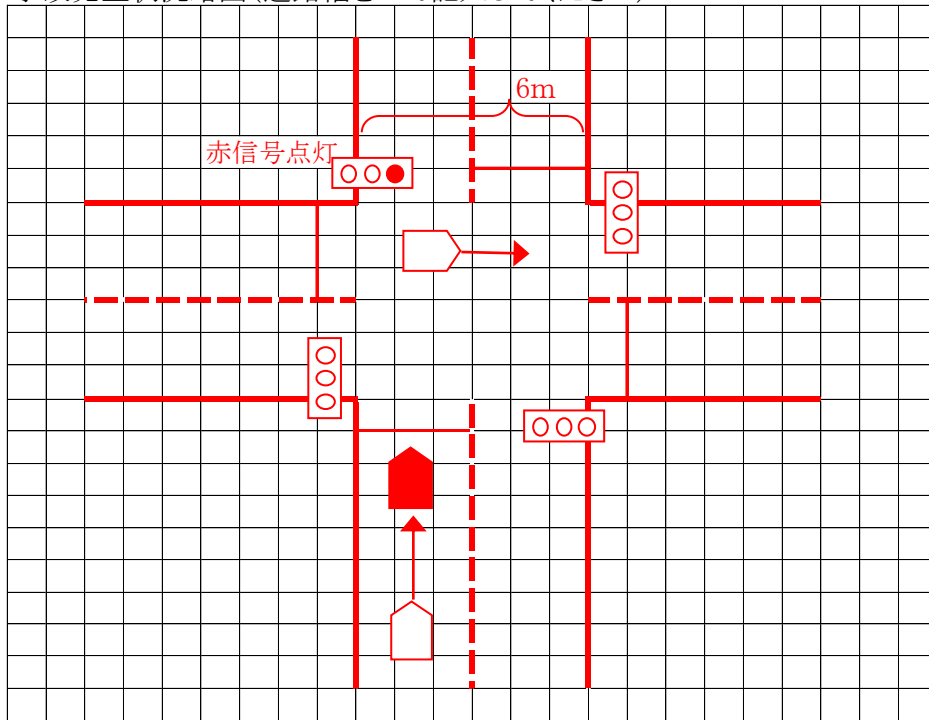
受付印

事故発生状況報告書

当事者	甲 (事故相手)	氏名 相手 ○○	乙 (被保険者又は被扶養者)	氏名 健保 花子	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	明け方・昼間 夕方 夜間
道路状況	舗装 してある してない	歩道 (両・片) ある ない	直線	カーブ	
	平坦	坂	見通し 良い 悪い	積雪路	凍結路 濃霧
信号又は標識	信号 あり ない	自車側信号 (青・赤)	駐停車禁止	されている	その他の標識 されていない
速度	自車両 0 km/h (制限速度 40km/h)	相手車両 20 km/h (制限速度 40km/h)			

事故発生状況略図 (道路幅をmで記入してください)

事故現場の状況を図示してください



表示符号

- 自車
- 相手車
- 進行方向
- 信号
- 一時停止
- 人間
- 自転車
- バイク
- 接触地点

上記図の説明を書いてください

見通しの良い交差点で、赤信号で停車中に、後方からよそ見をしていた車に追突された。

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告いたします

令和 1年 5月 1日

報告者 甲との関係(被害者)
乙との関係(本人)
氏名

健保 花子



念書 兼 同意書

事故発生日 平成・令和 31 年 12 月 20 日
事故発生場所 ○○県○○市○○町9999
被害者名 健保 花子
加害者名 相手 ○○

- 上記の事故に関して、健康保険法による保険給付を請求するにあたり以下の事項を遵守することを誓約します。
 - 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
 - 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 上記の事故に関して、私が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ついて異議はありません。
- 上記の事故に関して私の個人情報及びこの念書兼同意書の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む）、診断書等）について保険会社等から提供を受けること。
 - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項（診療報酬明細書の写し等）について、保険会社等に対して提供すること。
 - この念書兼同意書をもって上記の事故による求償業務に関する事項を健康保険組合へ情報提供する保険会社等への同意を含むこと。
 - この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

令和 1年 5月 1日

被保険者 住所 群馬県高崎市栄町123

氏名 健保 太郎



電話番号 123 (456) 7890

被扶養者 住所 群馬県高崎市栄町123

氏名 健保 花子



電話番号 123 (456) 7890