

## 健康保険 第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その1)

被害者	健康保険証の 記号番号	記 号	被 保 険 者 名			
		番 号				
	被害者が勤務 している事業所	名 称	TEL (       )			
		所 在 地				
加害者	被害者が勤務 している事業所	氏 名	続 柄			
		所 在 地				
	加 害 者	氏 名	生年月日	昭・平 年 月 日		
		現 住 所	TEL (       )			
		勤 務 先	職業・事業内容			
所 在 地		TEL (       )				
加害者の住所・氏名等が不明の時その理由						

事故内容	傷 病 名	発生年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃																			
	発 生 の 場 所																					
	種 別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打・刺傷・その他(       )																				
	事 故 結 果	即死・入院直後及び入院中の死亡 ( 死亡年月日 年 月 日 ) ・治療																				
	警察官の立ち会い	あった・ない・ないが届出済み・わからない																				
	所 轄 署	警 察 署			派 出 所																	
	過 失 の 度 合 い	自分の割合		相手の割合																		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

この届に添えて 提出する書類	自動車事故 の場合	1 自動車事故証明書
		2 事故発生状況報告書
		3 診断書
		4 死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書
		5 示談をしているときは示談書の写し

受 付 日 付 印

事故発生 の 状況	<p>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。</p>
事故現場 の見取り図	<p>事故が発生した場所の見取り図を記載して下さい。</p> <p>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下さい。</p>

○自動車事故であって**事故発生状況報告書**をこの届の添えて提出するときは記入の必要はありません

(その2)

加害者の保険状況	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 至	年 年	月 月	日 日
	保険加入証明 記号番号	第 号	契約者氏名				
	契約保険会社	名称					
		所在地	Tel ( )				
示談状況	示談が成立	交渉中	令和 年 月 日	請求権を放棄した			
	令和 年 月 日	成立していない	現在	令和 年 月 日			
		示談が成立していない理由		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・ した	年 月 日	{	治療費	円	
	口頭・文書		休業補償		円		
				その他	円		
	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		
				計	円		
		葬祭費					円
慰籍料						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	令和 年 月 日	受領			
		第2回	令和 年 月 日	受領			
		第3回	令和 年 月 日	受領			

(その2-2)

治療状況	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた ・ うけない		
	医療機関	名称			
		所在地	〒 ( )		
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ 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	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日
		通院	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日
後 遺 症	ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み				
治療見込	令和 年 月 日	から約	日	ヶ月 くらい	

この欄は記入する必要はありません

保 険 給 付 費 欄				
種 別	金 額	内 訳	支 給 年 月 日	備 考
療養の給付	円	自 , , 日間 至 , ,		
療 養 費	円	マッサージ、コルセット、 柔道整復施術、輸血		
傷病手当金	円	自 , , 日間 至 , ,		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

【添付書類等】

事故発生状況報告書

保険証明書番号	第	号	当事者	甲(加害運転者)	氏名 Tel ( )		
自動車の番号				乙(被害者)	氏名 Tel ( )	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	
信号又は標識	信号	ある ない	駐停車禁止	されている されていない	その他標識		
速度	甲車両	km/h(制限速度	km/h)	乙車両	km/h(制限速度	km/h)	
状況を 図示して 下さい	事故発生状況報告書(道路幅をmで記入して下さい。)						
	事故現場に於ける自動車と被害者との						
書いて 下さい	上記図の説明を						

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ( )  
乙との関係 ( )

\_\_\_\_\_ 印

診 断 書

傷病者	住所					
氏名	男	昭和	平成	年	月	日生(歳)
	女	令和				
病名及び態様						
後遺障害の有無について						
(次の不要のものを末梢して下さい。なお、下記注を参照のこと)						
入院治療			日間			令和 年 月 日
自 令和 年 月 日			至 令和 年 月 日	を要す	治療継続中	
通院治療			日間 (うち治療実日数 日)			治療継続中
自 令和 年 月 日			至 令和 年 月 日	を要す	治癒・見込	
付添看護を			要す	理由		
			要せず			
期間			自 令和 年 月 日	日間		
			至 令和 年 月 日			

上記の通り診断致します

令和 年 月 日

所在地

名称

医師氏名

- 注 1. 後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書(損害保険会社並びに査定事務所に備え付けてあります)をご作成願います。
2. この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用下さい。なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

# 念 書

(場所) (加害者氏名)  
令和 年 月 日 において の不法  
(被害者氏名)

行為により 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、貴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、つぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談をおこなう場合は、必ず前もって貴職にその  
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ときは、受領月日、内容金額(評価額)  
をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。

令和 年 月 日

住所

氏名

パイロット健康保険組合 殿