

健康保険 第三者の行為による傷病届

該当文字を で囲み、必要事項は記入して下さい。

				常務理事	事務長	課長	担当	
本人・家族								
被害者	被保険者証 記号と番号	記号	氏名	⑩				
		番号	現住所					
	被保険者が勤務 している事業所	名称	(電話)					
		所在地						
被扶養者がうけた 事故であるとき	氏名		被保険者との 続柄					
加害者	加害者 (相手方)	氏名		生年月日	年	月	日	
		現住所	(電話)					
	加害者の勤務先 (相手方)	名称または 氏名		事業内容				
		所在地または 住所	(電話)					
加害者の住所氏名 がわからないとき	その理由							
事故内容	傷病名		発生年月日	年	月	日	時 分 頃	
	発生の場所							
	種別	自動車事故 ・ バイク/自転車事故 ・ 殴打/刺傷 その他 ()						
	事故結果	即死・入院直後/入院中の死亡(死亡 年 月 日)・治療						
	警察官の立合	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない						
	所轄署	警察署			派出所			
	過失の度合	自分がなんぶ			相手がなんぶ			
0 . 1 . 2 . 3 . 4 . 5 . 6 . 7 . 8 . 9 . 10			0 . 1 . 2 . 3 . 4 . 5 . 6 . 7 . 8 . 9 . 10					
治療状況	この事故で医師の治 療を受けましたか		受けた ・ 受けない					
	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	年 月 日 入院 通院						
	転帰	(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	年	月	日	～ 至	年 月 日
		通院	自	年	月	日	～ 至	年 月 日
	後遺症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込						
治療見込	年 月 日から 約 月 ・ 日 ぐらい							

第三者の行為による傷病届 (その1 - 2)

さい。 事故現場における自動車と被害者との状況を図示して下さい。	事故発生状況略図（道路幅をmで記入して下さい。）																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">甲車</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">▲</td> <td rowspan="7" style="font-size: 4em; vertical-align: middle; padding-left: 10px;">}</td> <td rowspan="7" style="vertical-align: middle; padding-left: 10px;">別添の「事故発生状況報告書」に記載してください。</td> </tr> <tr> <td>甲車以外の車</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td>進行方向</td> <td style="text-align: center;">↑</td> </tr> <tr> <td>信号</td> <td style="text-align: center;">⊞</td> </tr> <tr> <td>一時停止</td> <td style="text-align: center;">▽</td> </tr> <tr> <td>一方通行</td> <td style="text-align: center;">→</td> </tr> <tr> <td>人</td> <td style="text-align: center;">○</td> </tr> <tr> <td>自転車</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>オートバイ</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	甲車	▲	}	別添の「事故発生状況報告書」に記載してください。	甲車以外の車	□	進行方向	↑	信号	⊞	一時停止	▽	一方通行	→	人	○	自転車	○			オートバイ	○			別添の「事故発生状況報告書」に記載してください。
甲車	▲	}			別添の「事故発生状況報告書」に記載してください。																				
甲車以外の車	□																								
進行方向	↑																								
信号	⊞																								
一時停止	▽																								
一方通行	→																								
人	○																								
自転車	○																								
オートバイ	○																								

上記図の説明を書いて下さい。
----------------	----------------------------------------------------

被害者の自動車保険加入状況	自賠責（強制）	保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 年 月 日	
					至 年 月 日	
		保険加入証記号番号		契約者氏名		
	契約保険会社	名称				
		所在地	（電話）			
	任意保険	保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 年 月 日	
				至 年 月 日		
保険加入証記号番号			契約者氏名			
契約保険会社	名称					
	所在地	（電話）				

この届に添えて提出する書類	自動車事故の時は	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	受付日付印
		5. 示談をしているときには示談書の写し	

第三者の行為による傷病届 (その2 - 1)

加害者の自動車保険加入状況	自賠償(強制)	保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 年 月 日	
					至 年 月 日	
		保険加入証 記号番号		契約者氏名		
	契約保険会社	名称				
		所在地	(電話)			
	任意保険	保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 年 月 日	
				至 年 月 日		
保険加入証 記号番号			契約者氏名			
契約保険会社	名称					
	所在地	(電話)				

示談状況	示談が成立	交渉中・成立していない	請求権を放棄した
	年 月 日	年 月 日現在	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	自動車事故のときは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	年 月 日	治療費 円 休業補償 円 その他 円			
		した	口頭・文書				
	第三者(加害者)から損害賠償を受けたとき	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 年 月 日	1日につき	円	
				至 年 月 日	___日分	円	
			葬祭費				
			慰謝料				
見舞金							
障害補償費							
その他							
	合計						
受領方法 および年月日	全額	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				

損害賠償請求権の取得について

健康保険法第 67 条の規定により、事故が第三者の行為により生じた場合において、当健康保険組合があなたに対し保険給付した場合は、その保険給付をした価格の限度内においてあなたが第三者に対して有する損害賠償請求の権利を代位取得することになります。

なお、うえの理由により、あなたは、当健康保険組合が保険給付した部分については第三者（加害者、保険会社等）に対し損害賠償を請求することはできません。

念書

令和 年 月 日（場所 ）において（加害者氏名 ）の不法行為により（被害者氏名 ）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 条の規定によって沖電気工業健康保険組合は保険給付した価額の限度において代位取得し、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立てます。

また、沖電気工業健康保険組合が損害賠償請求の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際には、請求書一式に当該保険給付等に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

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. 加害者と示談を行う場合は、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. 加害者から金品を受けたときは、受領年月日、内容金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届出ること。
4. 健康保険組合から保険給付を受けた部分については、加害者から二重に賠償をうけないこと。
5. 自賠責保険へ被害者請求する場合は、必ず前もって貴職にその内容を提示すること。
6. その他、法律に定められたことにしたがうこと。

令和 年 月 日

沖電気工業健康保険組合
常務理事 殿

住所

氏名

印

備考欄

事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲(甲車の運転者)	氏名		乙(被害者)	氏名		運転・同乗 歩行・その他	甲車 甲車以外
速度	甲車	km/h(制限速度	km/h),	甲車以外の車	km/h(制限速度	km/h)	
道路状況	見通し	良い 悪い	道路幅	甲車側(m),	甲車以外の車側(m)
信号又は標識	信号	有り 無し	一時停止標識	有り 無し	その他の標識	有り 無し	
事故発生状況を 図示して下さい。	甲車						
	甲車以外の車						
	進行方向						
	信号						
	一時停止						
	一方通行						
	人						
	自転車						
	オートバイ						
	上記図の説明を 書いて下さい。						

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ()

乙との関係 ()

氏名 _____ ㊞