

健康保険

第三者の行為による傷病届

		常務理事		事務局			
本人・ <u>家族</u>							
被害者	被保険者証 記号と番号	記号	201		氏名	沖 健太郎	
		番号	100100		現住所	埼玉県蕨市中央1-16-8	
	被保険者が勤務 している事業所	名称	沖電気工業株式会社 (電話 03-3454-2111)				
		所在地	東京都港区芝浦4-10-3				
	被扶養者がうけた 事故であるとき	氏名	沖 桜子		被保険者 との続柄	長女	
加害者	加害者 (相手方)	氏名	〇〇 〇〇		生年月日	26年 11月 15日	
		現住所	埼玉県〇〇市〇〇1-4-20 (電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)				
	加害者の勤務先 (相手方)	名称または氏名	〇〇〇〇株式会社		事業内容	図書販売	
		所在地または住所	埼玉県〇〇市〇〇3-5-6 (電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)				
	加害者の住所氏名 が判らないとき	その理由					
事故内容	傷病名	頭部外傷、右大腿骨々折		発生年月日	午前・後2時 20分頃 平成 13年 3月 20日		
	発生の場所	埼玉県〇〇市〇〇町〇〇番地の国道〇〇号線交差点					
	種別	<u>自動車事故</u> バイク 自転車 事故・ 殴打 刺傷 ・その他 ()					
	事故結果	即死・ 入院直後の死亡 (死亡 年 月 日)・ <u>治療</u> 入院中の死亡					
	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	〇〇 警察署		派出所			
	過失の度合い	自分がなんぶ 0.1 <u>(2)</u> 3.4.5.6.7.8.9.10		相手方がなんぶ 0.1.2.3.4.5.6.7. <u>(8)</u> 9.10			
治療状況	この事故で医師の治療 を受けましたか <u>うけた</u> ・うけない						
	治療を うけたとき	医療機関	名称	〇〇病院			
			所在地	埼玉県〇〇市〇〇町〇〇 (電話 〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)			
		支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他 ()				
		治療開始	平成 年 月 日 入院 通院				
		転帰	(平成 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	入院自平成 13年 3月 20日～至平成 年 月 日 通院自平成 年 月 日～至平成 年 月 日				
		後遺症	ある・ある見込・ない・ <u>ない見込</u>				
治療見込	平成 13年 3月 20日から約 3カ 月 ぐらい						

○ 該当文字を○でかこみ、必要事項は記入してください。

(その１)

事故現場に於ける自動車と被害者の状況を 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。）					
	自 車  相手車  進行方向  信 号  一時停止  人 間  自 転 車  オートバイ 					
別添「事故発生状況報告書」に記載						
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	☒ 有る・ ☐ ない	保険契約 期 間	自平成〇〇年〇〇月〇〇日 至平成〇〇年〇〇月〇〇日	
		保険加入証明 記 号 番 号	〇〇〇〇〇〇〇〇	契約者氏名	沖 健太郎	
		契約保険会社	名 称	〇〇火災海上保険株式会社		
			所在地	〇〇都〇〇区〇〇1-1 (電話 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)		
	任意保 険	保険加入の有無	☒ 有る・ ☐ ない	保険契約 期 間	自平成〇〇年〇〇月〇〇日 至平成〇〇年〇〇月〇〇日	
		保険加入証明 記 号 番 号	〇〇〇〇〇〇〇〇	契約者氏名	沖 健太郎	
		契約保険会社	名 称	〇〇火災海上保険株式会社		
			所在地	〇〇都〇〇区〇〇1-1 (電話 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)		
		この届に添えて 提出する書類	自動車の ときは 事故	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 本および死亡診断書		受付日付印
				5. 示談をしているとき は示談書の写		

加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	自平成 〇 年 5 月 18 日 至平成 〇 年 5 月 17 日		
		保険加入証明 記号 番号	M-936-39158		契約者氏名	〇 〇 〇 〇		
	契約保険会社	名 称	〇〇火災海上保険（株）					
		所在地	埼玉県〇〇市〇〇町2-1 （電話〇〇〇-〇〇〇〇）					
	任意保険	保険加入の有無	ある・ない		保険契約期間	自平成 〇 年 3 月 15 日 至平成 〇 年 3 月 14 日		
		保険加入証明 記号 番号	3745-28536		契約者氏名	〇 〇 〇 〇		
契約保険会社		名 称	〇〇火災海上保険（株）〇〇サービスセンター					
	所在地	埼玉県〇〇市〇〇町2-3 （電話〇〇〇-〇〇〇〇）						
示談状況	示談が成立	交渉中		平成 年 月 日	請求権を放棄した			
	平成 年 月 日	成立してない		現在	平成 年 月 日			
	示談が成立していない理由		入院中のため			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 口頭・文書		治療費 円 休暇保証 円 その他 円	
	第三者（加害者）から損害賠償をうけたとき	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	自平成 年 月 日 1 日につき 円 至平成 年 月 日 日分 円 計 円					
		葬祭費	円					
		慰謝料	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	平成 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						

（その2）

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額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、保険金社等）に対し損害賠償を請求することはできません。

念 書

平成 13 年 3 月 20 日（場所）埼玉県〇〇市〇〇町〇〇において（加害者氏名）〇〇〇〇の不法行為により（被害者氏名）沖 桜子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67条の規定によって沖電気工業健康保険組合が保険給付した価額の限度内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。

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. 加害者側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. 組合から保険給付をうけた部分については、加害者側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。

平成 13 年 4 月 2 日

沖電気工業健康保険組合

常務理事 殿

住 所 埼玉県蕨市中央 1-16-8

氏 名 沖 健太郎

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	00 00	乙(被害者)	氏名	沖 桜子	☒ 運転 ☐ 同乗 ☐ 甲車以外 ☐ の車 ☐ 歩行・その他
速度	甲車	km/h (制限速度	km/h), 甲車以外の車	30	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	その他標識	
事故発生状況を图示して下さい。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。) 					
	平成〇年3月20日午後2時20分頃、当方(乙)は国道〇〇号線を〇〇方面に向かつて時速約30kmで進行中、〇〇町〇〇番地の交差点で左方道路から進行してきた自動車(甲)と接触しました。加害者側が一時停止をおこたり、交差点に進入したため、当方は急ブレーキをかけ停止しようとしたが間に合わず接触し、負傷しました。					
上記図の説明を書いて下さい。						

平成 13年 4月 2日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 (父)

氏名 沖 健太郎

沖