

## 健康保険 第三者の行為による傷病届

記入例

本人・家族

被害者・加害者関係	被保険者証記号・番号 (〇〇〇 - △△△)	被保険者氏名	健保 太郎 (印)		
	現住所	〒180-00×× 東京都武蔵野市〇〇1-1-1		日中連絡のとれる電話番号 (0422-××-□□□□) <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他	
	被扶養者が受けた事故であるとき	被扶養者氏名	被保険者続柄		
	加害者	氏名	保険 一夫	生年月日	昭平令 40年 4月 1日
		現住所	東京都三鷹市〇〇9-9-9 0424 TEL (××) 〇〇△△		
	加害者の勤務先	名称又は 氏名	〇×ホーム(株)	事業内容 又は 職業	建築業
係	加害者の住所氏名 が判らないとき	所在地 又は住所	東京都三鷹市〇〇2-2-2 0424 TEL (××) 〇〇△△		
		その理由			
事故内容	傷病名	大腿骨骨折		発生年月日	令和 4年 8月 1日 午前・ <input checked="" type="radio"/> 後 10時 00分頃
	発生の場所	武蔵野市〇町4丁目交差点			
	種別	<input checked="" type="radio"/> 自動車事故・ <input type="radio"/> バイク 自転車 事故・ <input type="radio"/> 殴打 刺傷 ・その他 ( )			
	事故結果	即死・ <input type="radio"/> 入院直後の死亡 <input type="radio"/> 入院中の死亡 (死亡 年 月 日) <input checked="" type="radio"/> 治療			
	警察官の立会	<input checked="" type="radio"/> あった・ <input type="radio"/> ない・ <input type="radio"/> ないが届出済・わからない			
	所轄署	武蔵野 警察署		派出所	
	過失の度合	自分		相手	
	0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10		0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10		

○ 該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

横河電機健康保険組合

この届に添えて 提出する書類	自動車のときは	1 交通事故証明書(原本) 2 事故発生状況報告書 3 診断書(写) 4 死亡の場合は戸籍謄本 および死亡診断書
		5 示談をしているときは 示談書の写

受付日付印

令和4年8月改訂

## 【個人情報の取り扱いについて】

本届出に記入された個人情報は、本届出に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

○ 自動車事故であつて「事故発生状況報告書」を、この届に添えて提出するときは、この頁に記入する必要はありません。

<p>事 故 発 生 の 状 況</p>	<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および被害者の行動をわかりやすく、詳しく記入してください。</p> <p>令和4年8月1日午後10時頃、信号が青になったので直進しようとしたところ、加害者の車が交差点より飛び出してきた（赤信号）、出合がしらに衝突した。</p>
<p>事 故 現 場 の 見 取 図</p>	<p>事故が発生した現場の見取図を記載してください。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>

加保 害險 者加 入の 自状 動況 車	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自令和 4年 4月 1日 至令和 7年 4月 1日	
	保険加入証明番号	第 54×× 号	契約者名	保険 一夫	
自状 動況 車	契約保険会社	名称	○△火災海上保険株式会社		
		所在地	東京都千代田区××9-9 TEL ( 03 ) ××-0000		
示 談 状 況	示談が成立した	交渉中	請求権を放棄した		
	令和 年 月 日	成立していない	令和 4年 8月 2日	令和 年 月 日	
		示談が成立していない理由	現在	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			
	加害者に対する賠償の請求	していない・した	年 月 日	治療費 休業補償 その他	
		口頭	文書	円 円 円	
	損害賠償の種類	加害者直接賠償・保険会社からの賠償			
	第三者 (加害者) から損害賠償をうけたとき	賠償金の内訳	治療費 (入院費を含む)		円
			休業補償費	自令和 年 月 日 1日につき 日分	円
				至令和 年 月 日 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	全額	令和 年 月 日 受領			
および年月日	分割	第 1 回	令和 年 月 日	受領	
	( ) 回	第 2 回	令和 年 月 日	受領	
		第 3 回	令和 年 月 日	受領	

治療状況をたき	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた・うけない		
	治療をうけた	治療機関	名称	○×クリニック	
			所在地	東京都武蔵野市○△7-7 TEL ( 0422 △△ ) ××××	
		支払方法	健康保険 加害者負担・自費・その他 ( )		
		治療開始	令和 4年 8月 1日 入院 通院		
		転帰	(令和 年 月 日 現在) 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治療 ・ 中止		
		入院治療期間	入院 自令和 4年 8月 1日 ~ 至令和 年 月 日		
			通院 自令和 年 月 日 ~ 至令和 年 月 日		
		後遺症	ある ・ ある見込 ・ ない ない見込		
		治療見込	令和 4年 8月 1日 から約 6 日 ぐらい		



この欄は記入する必要ありません

保 険 給 付 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 柔道整復術、輸血		
傷病手当金	円	自 _____ 日間 至 _____		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

横河電機健康保険組合 御中

## 念 書 (被保険者用)

事故年月日 場 所  
令和 4年 8月 1日 ( 東京都武蔵野市〇町4丁目交差点 ) において

第三者 被害者  
( 保険 一夫 ) の不法行為により ( 健保 太郎 ) の被った保険事故について、

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条第1項の規定によって保険者が

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、また、その受領に際し

「診療報酬明細書」(調剤報酬明細書を含む)の写しを求償先へ提出すること、

「第三者の行為による傷病届」と添付書類(交通事故証明書、診断書(写)、診療報酬明細書等)を

株式会社 大正オーディット(外部委託業者)に提供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、あわせて次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とする場合は必ず前もって株式会社 大正オーディット(外部委託業者)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(評価額)をもれなく、かつ遅延なく株式会社 大正オーディット(外部委託業者)に届け出ること。

令和 4年 8月 2日

住 所 東京都武蔵野市〇〇1-1-1

被保険者

氏 名 健保 太郎



横河電機健康保険組合 御中

## 念 書 (相手方用)

令和4年8月1日、(事故発生場所) 東京都武蔵野市〇町4丁目交差点 において  
私(当事者甲氏名) 保険 一夫 と貴健保組合被保険者・被扶養者(当事者乙氏名) 健保 太郎 と  
の間に発生した保険事故による被保険者・被扶養者の損害について、健康保険法による給付が発生した場合、健康  
保険法に基づき貴健康保険組合より求償されたときには直ちにお支払いいたします。  
なお合わせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 自動車損害賠償責任保険ならびに各種損害保険へ請求するときは、事前に株式会社 大正オーデイト(外部委託業者)にその旨を報告する。
2. 貴健康保険組合被保険者・被扶養者等と示談を行おうとする場合は、事前に株式会社 大正オーデイト(外部委託業者)にその旨を報告する。
3. 私が加入している・取得できる損害保険関係資料を株式会社 大正オーデイト(外部委託業者)及び貴健康保険組合が開示請求することに同意する。

令和4年 8月 2日

当事者甲

住所 東京都三鷹市〇〇9-9-9氏名 保険 一夫 (印)

当事者甲が未成年の場合は親権者等

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印) (当事者甲との関係):

保証人(当事者甲と生計を独立維持する人。保険会社も可)

住所 東京都千代田区××9-9氏名 〇△火災海上保険株式会社 担当:賠償 (印)