

## 健康保険 第三者の行為による傷病届

本人・家族

被害者・加害者関係	被保険者証記号・番号 ( )	被保険者氏名	(印)	
	現住所	〒		日中連絡のとれる電話番号 ( ) □勤務先 □自宅 □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	生年月日	昭平令 年 月 日
		現住所	TEL ( )	
	加害者の勤務先	名称又は 氏名	事業内容 又は 職業	
事故内容		所在地 又は 住所	TEL ( )	
	加害者の住所氏名 が判らないとき	その理由		
	傷病名		発生年月日	令和 年 月 日 午前・後 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・入院直後の死亡 入院中の死亡 (死亡 年 月 日) ・治療		
警察官の立会	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	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。

<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>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>

○ 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。

加保 害險 者加 の入 自状 動況 車	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約間	自至	年	月	日	
	保険加入証明番号	第 号	契約者名					
	契約保険会社	名称						
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						
	加害者に対する賠償の請求	していない・した	年 月 日	口頭・文書	治療費 休業補償 その他	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			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			
受領方法および年月日	全額	令和 年 月 日 受領						
	( ) 回 払	分割	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				

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	医療機関	名称		
			所在地	TEL ( )	
	を	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他 ( )		
	う	治療開始	令和 年 月 日 入院 通院		
	け	転帰	(令和 年 月 日 現在) 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止		
	た	入院治療期間	入院 自令和 年 月 日 ~ 至令和 年 月 日		
			通院 自令和 年 月 日 ~ 至令和 年 月 日		
	き	後遺症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込		
		治療見込	令和 年 月 日 から約 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 年 月 日 ( ) において

第三者 被害者  
( ) の不法行為により ( ) 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 年 月 日

住 所

被保険者

氏 名



横河電機健康保険組合 御中

## 念 書 (相手方用)

年 月 日、(事故発生場所) \_\_\_\_\_ において  
私(当事者甲氏名) \_\_\_\_\_ と貴健康保険組合被保険者・被扶養者(当事者乙氏名) \_\_\_\_\_ 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。

年 月 日

当事者甲

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (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 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)