

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	氏名	印	資格取得年月日	年 月 日
	記号と番号	No.	現住所	Tel ()		
	所属事業所名					
	被扶養者が受けた事故であるとき	被扶養者の氏名	被保険者との続柄	生年月日	年 月 日	
	加害者	氏名	生年月日		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			
	加害者の住所氏名が判らないとき	所在地又は住所	Tel ()			
事故内容	傷病名			発生年月日	平成 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()				
	事故の結果	治療中・入院中の死亡・入院直後の死亡・即死 (死亡 年 月 日)				
	診療を受けている医療機関	住所	診療開始日		年 月 日	
		名称	入院年月日		年 月 日	
	相手方に対する折衝状況及び経緯等					
警察官の立合	あった・ない・ないが届出済・その他()					

事業主の証明	事業主住所		印
	事業主名称		

☆この届に添えて提出する書類(自動車事故のとき)

- 1、自動車事故証明書(問い合わせ先：交通安全センター)
- 2、事故発生状況報告書
- 3、示談と損害賠償について
- 4、治療状況
- 5、念書兼同意書
- 6、誓約書
- 7、自動車損害賠償保険契約等の内容について
- 8、死亡の場合は死亡診断書

東ソー関連健康保険組合

H23.4.1

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 (電話)				
自動車の番号					乙(被害者)		氏名 (電話)		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)	
事故現場に於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)									
上記図の説明を 書いて下さい		自転車 オートバイ 人間 一時停止 信号 進行方向 相手車 自車									

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

平成 年 月 日

報告者 甲との関係()
乙との関係()

示談と損害賠償について

被害者の自動車	責任保険加入の有 無		ある ・ ない		保険契約 期 間		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 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		TEL ()			
所在地								
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		成立していない		現在		平成 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給は		した(請求者名) ・ しない ・ 請求中					
	加害者に対する 害賠償の請求		していない ・ した		年 月 日		治 療 費 円 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 (入院費を含む)					
			休業補償費		自 平成 年 月 日 一日につき 円 日分 至 平成 年 月 日 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		

治 療 状 況

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	TEL ()			
	支払方法		健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他()			
	健保治療開始		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 年 月 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 ・ ない見込			
	治療見込		平成 年 月 日から約 日 月 ぐらい			

保 險 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 柔道整復施術、輸血		
傷 病 手 当 金	円	自 _____ 日間 至 _____		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

念 書 兼 同 意 書

平成 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、下記のことについて同意します。

1. 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、
東ソー関連健康保険組合(以下「組合」という)が給付の価値の取得行使し、かつ賠償金を受領すること。
2. 組合が賠償金の支払請求を損害保険会社等に行う際、請求書一式に診療報酬明細書の写しを
添付すること。
3. 診療内容(診療報酬明細書)について、医療機関等へ問い合わせをする場合があること。

なお、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談を行う場合は、必ず前もって組合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、
かつ遅滞なく組合に届け出ること。

東ソー関連健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日

被保険者 住 所
氏 名

誓約書

私は、貴組合の健康保険被保険者 に係る

第三者行為による保険給付費について、貴組合におよぼした損害額を

下記により賠償金として支払うことを誓約いたします。

記

貴組合が健康保険により保険給付した額について、請求のあった

ときは、指定納付期限までに全額納付いたします。

以上

年 月 日

東ソ一関連健康保険組合 理事長殿

加 害 者 住 所

氏名



連帯保証人 住所

(保険会社でも可)

氏名



自動車損害賠償保険契約等の内容について

保険の種類 契約内容		自賠責保険			任意保険		
自動車保険証明番号		第 号			第 号		
保 險 会 社 名 又 は 共 済 連 盟							
保険契約者	住所						
	氏名						
自動車の	種別		府県別			府県別	
	登録(車両)番号						
	車台番号						
保険契約期間		自 平成 年 月 日 間 至 平成 年 月 日			自 平成 年 月 日 間 至 平成 年 月 日		
車両の	住所	連絡先電話 ()			連絡先電話 ()		
所有者	氏名						
損害賠償金 支払請求店	所在地	〒			〒		
	名称及び						
	担当課						
	担当者名						
	電話	()			()		