

# 健康保険 第三者行為による傷病届

常務理事	事務長	担当者

(本人・家族) ←該当する方に○印

(その1)

被保険者	記号		氏名					電話		
	番号		住所	〒 [ ] - [ ]						
	勤務事業所							電話		
当事者	本人又は家族	氏名		続柄	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	
	事故相手	氏名		年令	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	
		住所	〒 [ ] - [ ]				電話			
	事故相手の勤務先	名称または氏名			事業内容 又は職業					
		所在地又は住所	〒 [ ] - [ ]				電話			
事故相手が不明なとき	その理由									
事故内容	発生日時	年		月	日	時	分頃			
	発生場所									
	種別	1. 交通事故 (自動車・バイク・自転車・歩行中) 2. 傷害 3. 食中毒 4. その他 ( )								
	事故の状況									
	警察への届出	1. 有 ( ) 警察署				2. 無				
	事故結果	1. 治療中 2. 治癒 3. 死亡 ( 年 )								
	傷病名							入院	・	通院
	後遺症	1. 有る (有る見込み)				2. 無い (無い見込み)				
	過失の度合い (見込みでも可)	自分がなんぶ 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10				相手がなんぶ 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10				

【必要添付書類】 1. 自動車事故証明書 2. 診断書 3. 死亡の場合は戸籍謄本または死亡診断書の写し

【注意事項】

- (1) 第三者行為が原因で病気やケガをし健康保険を使って治療を受けた場合、遅滞無く提出する必要があります。
- (2) 転医、退院、治療終了、示談の成立の場合は、その都度、健康保険へ報告してください。
- (3) 健康保険法第116条 (犯罪又は故意による場合) 及び同第117条 (闘争、泥酔又は著しい不行跡による場合) に該当する場合には給付が制限されます。

受付日付

発信者印	発信者印	発信者印

# 事故発生状況報告書

添付の交通事故証明書に補足して下記の通り報告します。

(その2)

甲(加害者)氏名		乙(被害者)氏名		運転・同乗 歩行・その他	
速度	甲車 km/h (制限速度 km/h)	乙車 km/h (制限速度 km/h)			
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	片側・両側 / ある・ない	
	道路の見通し	良い・悪い	中央斜線	ある・ない	
	道路の状態	直線・カーブ・平坦・坂道・乾いている・濡れている・積雪路・凍結路			
信号・標識	信号	ある・ない	駐停車禁止	されている・されていない	
	自転車信号	青・赤・黄	相手方信号	青・赤・黄	
	その他の標識				
交通事故現場における被害者との状況を図示して下さい	事故発生状況略図 (道路幅をメートルで記入してください/概算で可)  <div style="text-align: right;">                     甲車 ▲                      甲車以外の車 △                      進行方向 ↑                      信号 ∞                      一時停止 ⊥                      人間 ♀                      自転車 ϕ                      オートバイ ϕ                 </div>				
上記図の説明をして下さい					
令和 年 月 日					
報告者	甲との関係 ( )	住所			
	乙との関係 ( )	氏名	(印)		

## 【注意事項】

- 記入項目に沿いながら事故発生状況を、出来る限り詳細に記入して下さい。
- 被保険者が死亡した場合は、遺族に於いて届出て下さい。

## 事故相手の保険加入状況

(その3)

事故相手の自動車保険		自 賠 責 保 険	任 意 保 険 (自賠責保険と併用する場合に記入)
保 險 会 社	名称		
	所在地	〒 <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/>	〒 <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/>
	電話		
	担当部署		
	担当者名		
契約証書番号			
保険契約期間		自           年    月    日 至           年    月    日	自           年    月    日 至           年    月    日
自 動 車	種別		
	登録番号		
保 險 契 約 者	住所	〒 <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/>	
	氏名		
運 転 者	住所	〒 <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/>	
	氏名		
	保有者との関係		
任意一括払		有   ・   無       ※自賠責保険部分と任意保険部分とをまとめて任意保険会社が支払う制度	

# 治療・示談・損害賠償支払 の状況

(その4)

①	名称	入院	年 月 日 ~ 年 月 日	自費・加害者負担 自賠償・健康保険
	所在地	通院	年 月 日 ~ 年 月 日	自費・加害者負担 自賠償・健康保険
②	名称	入院	年 月 日 ~ 年 月 日	自費・加害者負担 自賠償・健康保険
	所在地	通院	年 月 日 ~ 年 月 日	自費・加害者負担 自賠償・健康保険
③	名称	入院	年 月 日 ~ 年 月 日	自費・加害者負担 自賠償・健康保険
	所在地	通院	年 月 日 ~ 年 月 日	自費・加害者負担 自賠償・健康保険
治療見込み	年 月 日 より約 ヶ月・日 かかる見込み			↑治療費の支払 方法に○印
治療終了日	年 月 日 終了			
休業補償の方法	加害者が負担（保険会社） ・ 会社から支給 ・ 自賠償へ請求 ・ 健保傷病手当金請求予定 その他（加害者加入の人身傷害保険へ請求など）			

示談 又は 和解	1. した ・ 2. 交渉中 ・ 3. しない（理由 _____）
----------	-----------------------------------

自動車事故の場合 保険会社から賠償金の受領	1. した（請求者名 _____） 2. しない 3. 請求中
--------------------------	---------------------------------

加害者に対する 損害賠償の請求	1. した（請求者名 _____ 方法（口頭・文書）  2. しない	請求内容	治療費	円
		休業補償	円	
		その他	円	

第三者・ 加害者から 損害賠償請求を 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	円	（入院費を含む）	
		休業補償費	円	自： 令和 年 月 日	日
			円	至： 令和 年 月 日	日
		葬祭費	円		
		慰謝料	円		
		見舞金	円		
		傷害補償費	円		
		その他	円		
	合計	円			
受領方法 及び 年月日	全 額	令和 年 月 日 受領			
	分割  回払い	第1回		円	
		第2回		円	
		第3回		円	

加害者から金品を受けたときは、受領年月日・内容・金額を遅滞なく健康保険組合に届け出てください。

# 念 書

令和 年 月 日 (場所) において  
(加害者) の行為により (被害者) 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、古河電工健康保険組合が保険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場合は、必ず前もって健康保険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. 加害者から金品を受けたときは、受領年月日・内容・金額を遅滞なく健康保険組合に届け出ること。
4. 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

令和 年 月 日

被保険者氏名 (印)

# 同 意 書

この届書に記載した保険事故について、健康保険組合が賠償金の支払請求を加害者の加入する損害保険会社・共済団体等に行う際、請求書類に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することについて同意します。

併せて、加害者の加入する損害保険会社・共済団体等の保有する損害賠償に関する情報について健康保険組合が提供を受けることについても同意します。

令和 年 月 日

被害者又は法定代理人

氏 名 (印)

(未成年者等の氏名： )

※被害者が未成年者の場合は、法定代理人（被保険者）が記入してください。