

健康保険

第三者行為による傷病届

常務理事	事務長	主管	担当者

本人・家族

届出日：令和 年 月 日

被害者・加害者の関係	被保険者証 記号・番号	記号 番号	被保険者 氏名及び 住所	氏名 住所	
	被保険者が勤務 している事業所	名称 所在地			
	被扶養者が受けた 事故であるとき	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	被保険者 との続柄
	加害者	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
		現住所	電話： ()		
	加害者の勤務先	名称又は 氏名			
		事業内容 又は職業			
所在地又は 住所		電話： ()			
加害者の住所氏名がわからないときはその理由					
事故内容	傷病名				
	発生年月日	令和 年 月 日	午前 午後	時 分頃	
	事故発生場所				
	種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打刺傷・その他 ()			
	事故結果	治療・即死・入院直後の死亡・入院中の死亡 (死亡：令和 年 月 日)			
	警察官の立会	あった・ない・ないが届出済・わからない			
	所轄警察署	警察署			派出所
	過失の割合	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			

受付年月日

この届に添えて 提出する書類	①自動車事故証明書
	②事故発生状況報告書
	③診断書
	④念書
	⑤死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書
	⑥示談をしているときは示談書の写

*自動車事故のときは、①～⑥の書類を添付

*その他のときは、③～⑥の書類を添付

加害者の自動車保険加入状況	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自：平成・令和 年 月 日 至：平成・令和 年 月 日	
	保険加入証書記号番号		契約者氏名		
	契約保険会社	名称			
		所在地	電話： ()		
	任意保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自：平成・令和 年 月 日 至：平成・令和 年 月 日	
	保険加入証書記号番号		契約者氏名		
契約保険会社	名称				
	所在地	電話： ()			
示談状況	示談が成立	令和 年 月 日			
	示談交渉中	令和 年 月 日現在			
	示談が成立していない	令和 年 月 日現在			
	示談が成立しない理由				
	請求権を放棄した日	平令和 年 月 日			
	請求権を放棄した理由				
損害賠償の請求及び支払状況	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	した（口頭・文書） 令和 年 月 日 ・ していない			
		請求した場合の内訳（治療費 円・休業補償 円・その他 円）			
	第三者から損害賠償を受けたとき	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	期間	自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日 日分
				1日につき	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		
受領方法及び年月日	全額	円 令和 年 月 日受領			
	分割	第1回	円 令和 年 月 日受領		
		第2回	円 令和 年 月 日受領		
		第3回	円 令和 年 月 日受領		

治療状況	この事故で医師の治療を受けましたか	受けた ・ 受けない		
	医療機関	名称		
		所在地	〒： ()	
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ()		
	治療開始日	令和 年 月 日 入院 ・ 入院外		
	転帰	(令和 年 月 日現在) 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止		
	入院・通院期間	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	
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 ヶ月 日ぐらい			

念 書

令和 年 月 日 _____ (事故発生場所) 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条の規定によって健康保険組合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. 加害者側と示談を行う場合は、必ず事前に貴職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、かつ遅滞なく貴職に届け出ること

令和 年 月 日

住所

氏名

荏原健康保険組合 理事長 殿