

第三者行為による傷病届

項目		内容	
届出者	被保険者証記号番号（組合名）	1010 - 99999	（日本無線健康保険組合）
	健康保険組合の住所	埼玉県ふじみ野市福岡2-1-12	
	被保険者氏名	健保 太郎	印
被害者 （受診者）	氏名・性別・年齢	健保 太郎	男・女 ○○歳
	続柄・生年月日	本人	昭・平・令 XX年 X月 X日
	住所・電話	〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3	TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
相手方 （第三者）	氏名・性別・年齢	日本 一郎	男・女 ○○歳
	住所・電話	〇〇県〇〇市〇〇町123	TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
事故発生	事故発生日時	平・令 X年 X月 X日	午前・午後 〇〇時 〇〇分
	事故発生場所	〇〇県〇〇市〇〇町4-5-6	
自賠償保険 （相手方）	保険会社名	〇〇損害保険	
	保険契約者名	日本 一郎	
	登録番号	品川〇〇 〇 1234	
	車台番号	abcdef-1234567	
	保険期間／自賠償番号	平・令 X年 X月 X日 ~ 平・令 X年 X月 X日	番号 〇〇〇〇〇
任意保険 （相手方）	保険会社名	〇〇火災保険	
	取扱店所在地・電話	〇〇県〇〇市〇〇町456	TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	担当者名／Eメール	保険 次郎	〇〇〇@〇〇〇〇.co.jp
	保険契約者名	日本 一郎	
	住所	〇〇県〇〇市〇〇町123	
	保険期間／契約番号	平・令 X年 X月 X日 ~ 平・令 X年 X月 X日	契約番号 〇〇〇-〇〇〇〇
	任意対人一括の有無	有・無	
被害者加入の保険会社関与の有無※		有・無	
治療状況	診療機関名／治療開始日／電話	〇〇整形外科 平・令 X年 X月 X日	TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町7-8-9	入院の有無 有・無
	診療機関名／治療開始日／電話	△△整形外科 平・令 X年 X月 X日	TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町789	入院の有無 有・無

本件は、業務上または通勤による交通事故ではありません。

受付日付印

※保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入してください。

事故発生状況報告書

事故証明書番号	第 〇〇〇〇〇 号	当事者	甲 (相手方)	氏名 日本 一郎	
自動車の番号	品川〇〇 〇 1234		乙 (被害者)	氏名 健保 太郎	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 (ある ・ ない) ・ 道路の見通し (良い ・ 悪い) 中央車線 (ある ・ ない) ・ 道路の状態 (直線 ・ カーブ ・ 平坦 ・ 坂 ・ 積雪路 ・ 凍結路)				
信号または標識	信号 (ある ・ ない) ・ 自車側信号 (青 ・ 赤 ・ 黄) ・ 相手方信号 (青 赤 黄) 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 50 km/h (制限速度 40 km/h) ・ 乙車両 km/h (制限速度 km/h)				
事故現場状況図	(右の記号を使って乙の立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入してください)				
事故発生の状況(経緯)	<p>令和 X 年5月11日午後10時頃、〇〇市〇〇3丁目付近の交差点(信号機あり)を渡ろうとしたところ、右から相手方の車と接触し、そのまま約5メートルほどひきずられて転倒した。</p>				
上記内容に間違いありません。					
令和 X 年 X 月 X 日 届出者: 健保 太郎 印					

(注) 本書面が変わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入したうえ、届出者に署名または記名押印をしてもらってください。

日本無線健康保険組合 御中

同意書

私が相手方（ **日本 一郎** ）に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第57条の規定により、貴健康保険組合が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、貴健康保険組合が損害賠償額の支払の請求を相手方の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付にかかる診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、貴健康保険組合は受療金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 相手方（保険会社）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 相手方（保険会社）に白紙委任状を渡さないこと。
- 相手方（保険会社）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届け出ること。
- 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 **X** 年 **X** 月 **X** 日

届出者（被保険者）

住所

〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3

氏名

健保 太郎

