

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 - 123456	（日本無線健康保険組合）
	健康保険組合の住所	東京都三鷹市井の頭3-32-4	
	被保険者氏名	田中 太郎	<input checked="" type="radio"/> 印
被害者 (受診者)	氏名・性別・年齢	田中 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男・女 30歳
	続柄・生年月日	本人	<input checked="" type="radio"/> 昭・平 30年 1月 1日
	住所・電話	東京都三鷹市本町1-2-2	TEL 0422-12-3456
相手方 (第三者)	氏名・性別・年齢	健保 二郎	<input checked="" type="radio"/> 男・女 45歳
	住所・電話	東京都新宿区西新宿1-2-2	TEL 03-2345-6789
事故発生	事故発生日時	平成XX年 3月 11日	午前・ <input checked="" type="radio"/> 午後 10時 30分
	事故発生場所	東京都千代田区霞ヶ関1-2-2	
自賠責保険 (相手方)	保険会社名	日無損害保険	
	保険契約者名	健保 二郎	
	登録番号	品川33 は 1234	
	車台番号	abcdef-1234567	
	保険期間／自賠責番号	平成XX年 10月 1日 ~ 平成XX年 9月 30日	番号 299999999
任意保険 (相手方)	保険会社名	亜細亜日動火災保険	
	取扱店所在地・電話	東京都千代田区丸の内1-2-3	TEL 03-6789-1234
	担当者名／Eメール	山田 三郎	yamagatajiro@ttef.co.jp
	保険契約者名	健保 二郎	
	住 所	東京都新宿区神楽坂1-1-1	
	保険期間／契約番号	平成XX年10月1日から平成XX年9月30日	契約番号 abc-123456
	任意対人一括の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	
被害者加入の保険会社関与の有無※		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	
治療状況	診療機関名／治療開始日／電話	佐藤整形外科 平成XX年 3月 12日	TEL 03-1414-5566
	所 在 地	東京都千代田区霞ヶ関3-3-3	入院の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	診療機関名／治療開始日／電話	山本整形外科 平成XX年 3月 20日	TEL 03-2525-3377
	所 在 地	東京都千代田区丸の内5-5-5	入院の有無 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 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 654321 号	当事者	甲 (相手方)	氏名 健保 二郎		
自動車の番号	品川33 は 1234		乙 (被害者)	氏名 田中 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)					
						自車 (乙) 相手車 (甲) 進行方向 一時停止 信号 人 自転車バイク
事故発生の状況(経緯)	<p>平成XX年10月24日午後5時頃、三鷹市上連雀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。						
平成 XX 年 11 月 10 日		届出者: 田中 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事も可能です。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（ **健保 二郎** ）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。

1. 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。
2. 相手方（保険会社）に白紙委任状を渡さないこと。
3. 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。
4. 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

平成 **XX** 年 **10**月 **24**日

届出者（被保険者）

住所

東京都中央区本塩町12-34

氏名

田中 太郎 (印)