記入例

年度 No.

健康保険　第三者の行為による傷病届

本人・家族　（その1）

被害者・加害者関係	被保険者証	記号 22	氏名	石橋　隆男 ㊞ ◯		
		番号 1000	現住所	練馬区○○町6-11-4　Tel　03-3333-○○××		
	被害者が勤務している事業所	名称	㈱○×商事			
		所在地	港区五本木3-3-3　Tel　03-5555-××○○			
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名	石橋　麗子	被保険者との続柄	長女	
	加害者	氏名	元木　×尾	生年月日	明大昭 ××年 5 月 5 日	
		現住所	和光市○○町4-5-1			
	加害者の勤務先または保護者	名称または氏名	㈱　○×ビル管理	事業内容または職業	ビルの管理	
		所在地または住所	豊島区○×1-1-1　Tel　03-9999-△△××			
	加害者の住所氏名が判らないとき	その理由				
事故内容	傷病名	顔面擦過傷・右腕骨折	発生年月日	平成 ×× 年 2 月 11日		
				午前・午後 5 時 20 分頃		
	発生の場所	練馬区○×町2-2-1　R１７号路上				
	種別	自動車事故　バイク・自転車事故　殴打・刺傷　その他（　）				
	事故結果	即死　収容後死亡　療養中死亡（死亡　月　日）　傷病療養				
	警察官の立会い	あった　ない　ないが届出済　わからない				
	所轄署	練馬　警察署　○×派出所				
	事故発生の責任	当方　相手方　双方　わからない				

※該当文字を○でかこみ、必要事項を記入して下さい

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

受付印

記入例

事故発生の状況	加害者の行為によって生じた事故について、加害者の行動および被害者の行動を、わかりやすく、くわしく記入して下さい
事故現場の見取り図	事故が発生した場所の見取り図を記載してください。 被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示して下さい

※自動車事故であって「事故発生状況報告書」を、この届にそえて提出するときは、**この頁に記入する必要はありません。**

記入例

（その2）

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
	治療を受けたとき	医療機関	名称	五本木第2病院
			所在地	港区××町4-7-8
		支払方法		健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他（　　）
		治療期間		入院：自 平成 ××年 2月 11日 ～ 至 平成 ××年 2月 28日
				通院：自 平成　年　月　日 ～ 至 平成　年　月　日
		転院したとき 医療機関	名称	練馬区第2病院
			所在地	練馬区○○町4-7-8
		支払方法		健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他（　　）
		治療期間		入院：自 平成　年　月　日 ～ 至 平成　年　月　日
				通院：自 平成 ××年 3月 1日 ～ 至 平成　年　月　日
		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

加害者の自動車保険加入状況	自賠責保険	保険加入証明記号番号		T11-1112-4567
		契約者住所・氏名		元木　×尾
		保険契約期間		自 平成 ××年 1月 1日 ～ 至 平成 ×○年 12月 30日
		保険会社	名称	T海上火災保険㈱ 和光支店
			所在地	和光市○○町1-1-1
			担当者名	山元 タロウ　Tel 03-1111-×△○□
	任意保険	保険加入証明記号番号		23456-7777
		契約者住所・氏名		元木　×尾
		保険契約期間		自 平成 ××年 1月 1日 ～ 至 平成 ×○年 12月 30日
		保険会社	名称	M海上火災保険㈱
			所在地	和光市○○町2-2-2
			担当者名	坂本 ゴロウ　Tel 03-7777-□×○×

※示談を行う時は健保組合への連絡が必要ですが、万一示談が済んでいる時は下記に記入して下さい。

示談が成立した日	平成　年　月　日
加害者から金品を	受け取った ・ 受け取っていない

記入例

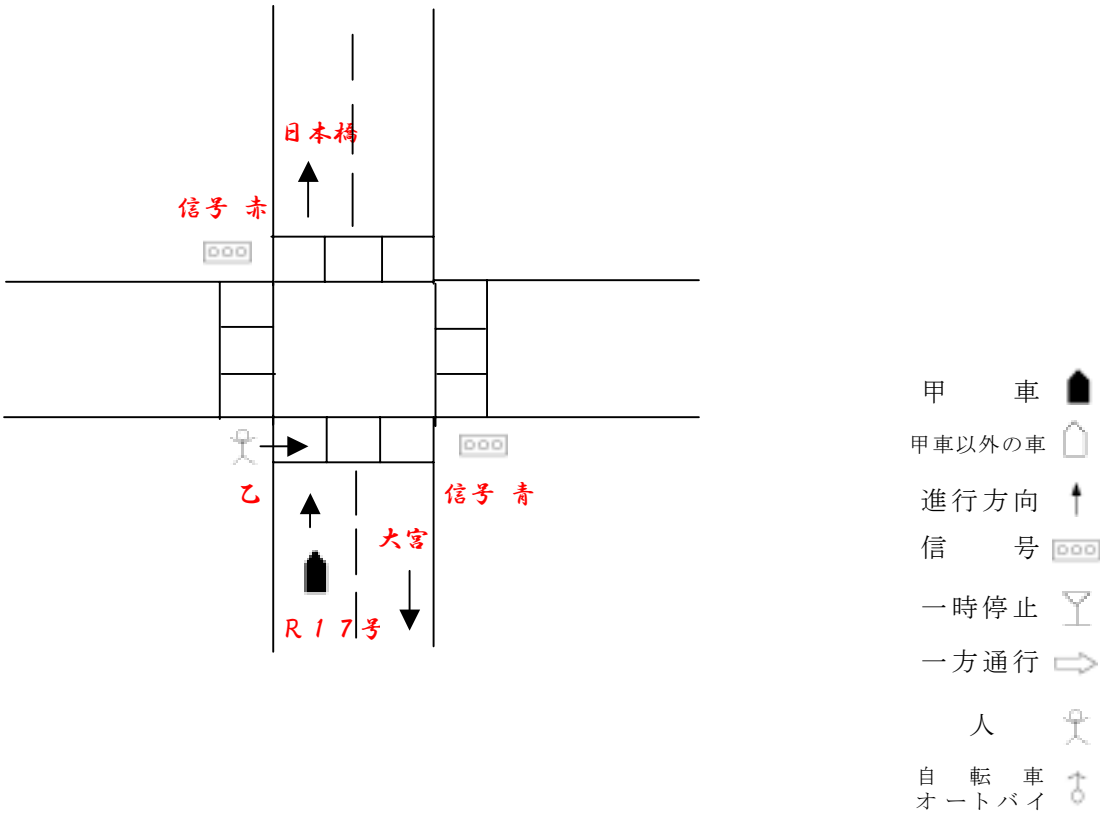
事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して、下記のとおり報告いたします。

甲 氏名 (甲車の運転者)	元木　×尾	乙 氏名 (被害者)	石橋　麗子	運転・同乗 { 甲車 / 甲車以外の車 } 歩行・その他
速度	甲車　50km/h(制限速度　50 km/h)、甲車以外の車　km/h(制限速度　km/h)			
道路状況	見通し　良い / 悪い	道路幅	甲車側(　6m)、甲車以外の車側(　m)	
信号または標識	信号　あり / なし	一時停止標識　あり / なし	その他の標識	

事故発生状況を図示してください

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ください

横断歩道を（乙）が横断中、
信号無視で交差点を通過してきた（甲）運転の自動車に追突された。

××年　2 月　20 日

報告者　甲との関係（　　）
乙との関係（　父　）

氏名　石橋　隆男　印

必ず捺印して下さい

記入例

念　　書

私が平成　　××年　　2 月　　11 日（事故発生場所）練馬区○○町 2-2-1　R17 において（加害者）　　元木　×尾　　の不法行為（交通事故）により被った傷害について、伊藤忠連合健康保険組合が健康保険法第５７条第１項の規定による損害賠償の求償権を自動車損害賠償責任保険に対し行使する場合には、私が被害者請求として同保険に対し行う求償分に優先して受領し、かつその全額を受領しても異議ありません。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 自動車損害賠償責任保険に請求する場合に必要な添付書類につき、貴組合より提出を求められた場合には遅滞なく提出すること。
2. 加害者と示談を行う場合には、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
3. 加害者側に白紙委任状を渡さないこと。
4. 加害者から金品を受けたときは、受領年月日・内容・金額（評価額）等を漏れなく、かつ遅滞なく貴組合に届け出ること。
5. 自動車損害賠償責任保険に被害者請求する場合には、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。

平成　　××年　　2 月　　20 日

被害者住所　〒333-555
練馬区○○町 6-11-4
氏名　　石橋　麗子　　㊞
被保険者住所　〒333-555
練馬区○○町 6-11-4
氏名　　石橋　隆男　　㊞

伊藤忠連合健康保険組合 理事長殿

記入例

誓　約　書

平成　　××年　　2 月　　11日（事故発生場所）練馬区○○町 2-2-1　R17
において、私の加害行為（交通事故）により、（被害者）石橋　麗子
が被った傷害について、伊藤忠連合健康保険組合が健康保険法第５７条第１項の規定により取得した私に対する損害賠償の求償権を自動車損害賠償責任保険に対し行使する場合には、私が同保険に対して有する保険金の受領権に優先して受領し、かつその全額を受領しても異議のないことを誓約いたします。

なお、上記求償権の行使にあたり必要な手続き書類につき、貴健康保険組合より提出を求められた場合は、遅滞なく提出することをあわせて誓約いたします。

平成　　××年　　2 月　　25 日

住所　〒222-333
和光市○○町 4-5-1
氏名　元木　×尾　　㊞

〒103-8427
東京都中央区日本橋本町 4-15-9
伊藤忠連合健康保険組合　理事長殿

（記入上の注意））

1. 楷書ではっきりと記入して下さい。
2. 事故発生場所および被害者名は正確に記入して下さい。