

第三者の行為による傷病届

(本人・家族)

(その1)

被 害 者	被保険者証	記号 番号		(フリガナ) 氏 名		⑩	
	現住所	〒 _____ 番 _____					
	被保険者が勤務 している事業所	名称					
	所在地	〒 _____ 番 _____					
被扶養者がうけた 事故であるとき	(フリガナ) 氏 名			続柄			
加 害 者 関 係	加 害 者	(フリガナ) 氏 名			生年 月日	昭・平 年 月 日	
	現住所	〒 _____ 番 _____					
	勤 務 先	名 称			事業 職種		
	所在地	〒 _____ 番 _____					
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			事 故 年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃		
	発生の場所						
	種 別	・自動車 ・自動二輪(バイク) ・自転車 ・殴打 ・刺傷 ・その他()					
	事故結果	・死亡(・即死 ・入院直後 ・入院中) (死亡 年 月 日) ・治療(入院 / 通院)					
	警察官の立会	・あった ・ない ・ないが届済 ・わからない					
	所 轄 署	警察署		派出所			
	過失の度合	自 分 が な ん ぶ		相 手 が な ん ぶ			
		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10			

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および死亡診断書 6. 示談している時は示談書の写し	受付年月日

(その1)

事 故 発 生 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及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 図	事故が発生した場所の見取図を記載して下さい。 そして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。

(注) 自動車事故であつて『事故発生状況報告書』をこの届に添えて提出するときは、記入する必要はありません。

第三者の行為による傷病届

(本人・家族)

(その2)

加害者の自動車 保険加入状況	自賠償保険 加入の有無	ある・ない	保険契約 期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
	保険証明書番号	第 号	契約者 氏名		
	契約保険会社	名称			
所在地		〒 _____ ☎ _____			
示談状況	示談が成立	交渉中	令和 年 月 日	請求権を放棄した	
	令和 年 月 日	成立していない	現在	令和 年 月 日	
		示談が成立して いない理由		放棄した 理由	
損害賠償 の請求 および 支払 状況	自動車事故のとき保険会社 からの賠償金の受領は		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		していない _____ 年 月 日	}	
			した _____ 口頭・文書		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 (入院費を含む)			
		休業補償費 ()日分	自 令和 年 月 日 1日につき		円
			至 令和 年 月 日 計		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 および年月日	全額	令和 年 月 日 受領			
	分割 ()回払	第1回	円	年 月 日 受領	
		第2回	円	年 月 日 受領	
	第3回	円	年 月 日 受領		

(その2)

加害者の自動車 保険加入状況	任意保険 加入の有無	ある・ない		保険契約 期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
	保険証券番号			契約者 氏名	
	契約保険会社	名称			
所在地		〒	番		
治療 状況を うけた とき	この事故で医師の 治療を受けましたか	うけた・うけない			
	医療機関	名称	番		
		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	令和 年 月 日 入院・通院			
	転 帰	(令和 年 月 日 現在) 現在入院中・通院加療中・治癒・中止			
	入院治療期間	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 日 ぐらい 月				



この欄は記入する必要はありません。

給 付 内 容				
種 別	金 額	内 訳	支 払 年 月 日	備 考
療養の給付	円	自 日間 至		
療 養 費	円	看護・移送・輸血・柔道 マッサージ・装具		
傷病手当金	円	自 日間 至		
合 計	円			

念 書（同意書）

事 故 日 令和 年 月 日

事故発生場所

傷病名

第一当事者（被害者）氏名

第二当事者（被保険者）氏名

第三者（加害者）氏名

上記事故について健康保険給付を受けるにつき、健康保険法 57 条第 1 項の規定によって私の有する損害賠償請求権及び保険会社等に対する被害者請求権を貴組合が健康保険給付の価格の限度で取得し、損害賠償金を優先的に受領することに異議のないことを誓約します。
なお、あわせて下記の事項を遵守することを誓約します。

記

- 貴組合が自動車保険会社等に診療報酬明細書等を損害額の証明書類として提出すること。
- 相手方と示談交渉をする場合は前もって貴組合にその内容について文書をもって申し出ること。
- 相手方に示談条件を記入していない示談書を渡さないこと。
- 相手方から金品を受領した場合は、受領月日及びその内容をもれなくかつ遅滞なく貴組合に申し出ること。
- 自賠責任保険に被害者請求する場合は必ず前もって貴組合にその内容を申し出て了承を得ること。

令和 年 月 日

住 所

電話番号

被保険者氏名

被害者氏名 続柄（ ）

カゴメ健康保険組合理事長 児玉 弘仁 殿

事故相手方（加害者）記入

支 払 念 書

事故日 令和 年 月 日 発生

事故発生場所

傷病名

相手方（第三者・甲）

健康保険で診療を受けた者（被害者・乙）

自賠責証明書番号

保険会社名

上記事故に関し、貴組合の健康保険を使用するにあたり、本件事故に係わる健康保険給付費についてはその求償額を支払うことを誓約いたし、併せて自動車損害賠償責任保険で支払われる金銭を優先的に受け取ることを承知いたします。

令和 年 月 日

事故当事者（第三者・甲）

住所

氏名

印

電話番号

カゴメ健康保険組合理事長 児玉 弘仁 殿

加害者が加入する保険会社記入

支 払 念 書

事故日 令和 年 月 日 発生

事故発生場所

傷病名

第三者 (加害者・甲)

健康保険で診療を受けた者 (被害者・乙)

上記事故に関し、貴組合の健康保険を使用するにあたり、本件事故に係わる健康保険給付費についてはその求償額を支払うことを、加害者代理人として誓約いたします。

令和 年 月 日

住 所

法人名称及びその代表者

Ⓜ

電話番号 — —

担当者氏名 Ⓜ