

健康保険第三者行為による傷病届

その1

被保険者証	記号		番号		被保険者氏名	
	被保険者住所					
被保険者が勤務している事業所	名称					
	住所					
	電話					
被扶養者が受けた事故である時	氏名					
	続柄					
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	
第三者(加害者)	氏名					
	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	
	住所					
	電話					
	職業					
第三者の勤務地	名称または氏名					
	住所					
	電話					
	事業内容					
第三者の住所氏名が分からない場合は、その理由						
事故の内容	発生年月日	平・令	年	月	日(曜日)	午前・午後 時 分頃
	種類	自動車事故・自転車事故・殴打殺傷事故・その他()				
	警察官の立会い	有(警察署 派出所)・無				
	過失の度合い	自分がなんぶ		相手がなんぶ		
	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			

この届に添えて提出する書類

- 自動車事故の時は 1. 「自動車事故証明書」原本
- 2. 「事故発生状況報告書」
- 3. 「念書」

○示談をしている時は「示談書」のコピー

- 自動車事故であって「事故発生状況報告書」をこの届に添えて提出する時は、このページに記入する必要はありません。

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分かり易く、詳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で表示して下さい。

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		
	治療 を受けた 時	医療 機関	名称		
			住所		
			電話		
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ()			
	治療開始	平・令 年 月 日 入院 ・ 通院			
	この届を提出する時の状況	令和 年 月 日 現在 入院 ・ 通院中 ・ 治癒 ・ 中止			
	後遺症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込			
	治療見込	平・令 年 月 日から約 日くらい 約 ヲ月くらい			

○事故発生原因が交通事故によるものである時

加害自動車加入の自動車損害賠償自賠責保険	契約会社	名称			
	取扱店	名称			
		住所			
		電話		担当者	
	契約者	住所			
		氏名			
	保険加入証 記号番号				
	保険契約期間		自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日		
	加害自動車	車両番号			
		車台番号			

示談状況	平・令 年 月 日	示談成立
	平・令 年 月 日現在	交渉中 ・ 成立していない
	示談が成立していない理由	
	平・令 年 月 日	請求権放棄
請求権を放棄した理由		

保険請求の有無	自動車事故の時、保険会社から賠償金の受領は	した（請求者） ・ していない ・ 請求中		
	加害者に対する損害賠償の請求	した（平・令 年 月 日） ・ していない		
加害者・保険会社から損害賠償を受けた時	種別	金額	受領年月日	支払者
	治療費			
	休業補償費			
	葬祭費			
	慰謝料			
	見舞金			
	障害補償費			
	その他			
	合計			

念 書

(事故日) (場所)
平成・令和 年 月 日
(加害者) (被害者)
において の不法行為により の
被った保険事故について、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、またその請求に際し診療報酬明細書の開示に異議のない事を、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. 加害者と示談を行なおうとする場合は、必ず前もって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. 加害者から金品を受けたときは、受領年月日、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
4. 自賠責保険に被害者請求するときは、前もって貴職にその内容を届け出ること。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

キューピー・アラハタ健康保険組合
理事長 殿