

常務理事	事務長	係

### 第三者行為による傷病届

項 目		内 容	
届出者 (被保険者名等)	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 <b>1010 - 99999</b>	保険者名 <b>健保 太郎</b>
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	ふりがな <b>けんぽ たらう</b> 氏名 <b>健保 太郎</b> 〒 <b>〇〇〇-〇〇〇〇</b> <b>〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3</b>	生年月日 <b>XX 年 X 月 X 日</b> TEL <b>〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇</b>
	住所 / 電話		
被害者 (受診者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名 〒	届出者との関係 <b>本人</b> 生年月日 年 月 日 TEL ( )
	住所 / 電話		
加害者 (第三者)	氏名	ふりがな <b>にほん いちろう</b> 氏名 <b>日本 一郎</b> 〒 <b>〇〇〇-〇〇〇〇</b> <b>〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3</b>	TEL <b>〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇</b>
	住所 / 電話		
事故発生状況	事故発生日時	<b>X 年 X 月 X 日</b> 午前 / <b>午後</b> <b>〇〇 時 〇〇 分頃</b>	
	事故発生場所	<b>〇〇県〇〇市〇〇町 4-5-6</b>	
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック) <input checked="" type="checkbox"/>	
自賠責保険 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 <b>〇〇損害保険</b>	ふりがな <b>にほん いちろう</b> 氏名 <b>日本 一郎</b>
	登録番号 / 車台番号	登録番号 <b>品川〇〇 〇 1234</b>	車台番号 <b>abcdef-1234567</b>
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 <b>X 年 X 月 X 日 ~ X 年 X 月 X 日</b>	自賠責証明書番号 第 <b>〇〇〇〇〇</b> 号
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 <b>〇〇火災保険</b>	担当部署
	取扱店所在地 / 電話	〒 <b>〇〇〇-〇〇〇〇</b> <b>〇〇県〇〇市〇〇町 456</b>	TEL <b>〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇</b>
	担当者名 / E-mail	ふりがな <b>ほけん じろう</b> 氏名 <b>保険 次郎</b>	E-mail <b>〇〇〇@〇〇〇〇.co.jp</b>
	保険契約者名	ふりがな <b>にほん いちろう</b> 氏名 <b>日本 一郎</b>	
	住所	〒 <b>〇〇〇-〇〇〇〇</b> <b>〇〇県〇〇市〇〇町 123</b>	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 <b>X 年 X 月 X 日 ~ X 年 X 月 X 日</b>	契約番号 第 <b>〇〇〇-〇〇〇〇</b> 号
	任意対人一括の有無	<b>有</b> / 無	
被害者加入の保険 会社の関与	関与の有無を チェックし、 「有」の場合 は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	保険会社名 担当者氏名	担当部署 TEL ( )
治療 状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 <b>〇〇整形外科</b>	入院 <b>有</b> / 無 治療開始日 <b>X 年 X 月 X 日</b> 治療終了(見込) <b>X 年 X 月 X 日</b>
		〒 <b>〇〇〇-〇〇〇〇</b> <b>〇〇県〇〇市〇〇町 7-8-9</b>	TEL <b>〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇</b>
	住所 / 電話番号 ※治療終了日(見込)については可能な範囲でご記入ください。	② 診療機関名 <b>△△整形外科</b>	入院 <b>有</b> / 無 治療開始日 <b>X 年 X 月 X 日</b> 治療終了(見込) <b>X 年 X 月 X 日</b>
		〒 <b>〇〇〇-〇〇〇〇</b> <b>〇〇県〇〇市〇〇町 789</b>	TEL <b>〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇</b>
傷病届作成日 / 作成支援の有無	<b>X 年 X 月 X 日</b>	本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック <input type="checkbox"/>	

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。  
訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名(サイン)を記載してください(従来通りの訂正印も可)

\* 添付書類…交通事故(人身事故)証明書(写)[証明書が「物件事故証明」の場合は、別紙「人身事故証明書入手不能理由書」を作成して提出してください。]

# 事故発生状況報告書

事故証明書番号	第 ○○○○○ 号	当事者	甲 (加害者)	氏名 <b>日本 一郎</b>		
自動車の登録番号	<b>品川○○○1234</b>		乙 (被害者)	氏名	<b>健保 太郎</b>	運転・同乗・歩行・その他
天候	<b>晴</b> ・曇・雨・雪・霧・( )	交通状況	混雑・ <b>普通</b> ・閑散	明暗	<b>昼間</b> ・夜間・明け方・夕方	
道路状況	舗装：(して <b>ある</b> ・していない) ・ 歩道： <b>(ある)</b> ・ない) ・ 道路の見通し： <b>(良い)</b> ・悪い) 中央車線： <b>(ある)</b> ・ない) ・ 道路の状況： <b>(直線)</b> ・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路)					
信号又は標識	信号： <b>(ある)</b> ・ない) ・ 自転車側信号：(青・赤・黄) ・ 相手側信号：(青 <b>赤</b> ・黄) 駐停車禁止： <b>(されている)</b> ・されていない) ・ その他標識：( )					
速度	甲車両： <b>50</b> km/h (制限速度 <b>40</b> km/h) ・ 乙車両： <b>    </b> km/h (制限速度 <b>    </b> 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 信 号 一時停止 人 自 転 車 バ イ ク
事故発生 の状況 (経緯)	<b>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。</b>					
被害者の 負傷状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他( )				
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他( ) <small>(パート・アルバイト含む)</small>				
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )				
	労災特別加入※ <small>※社長、役員等の経営者が加入する労災保険</small>	(被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無				

上記内容に間違いありません。

※署名又は記名・押印

**X** 年 **X** 月 **X** 日

届出者(被保険者) :

**健保 太郎**



(注)本書面に代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」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰ってください。

## 同意書

私が加害者 日本 一郎 に対して有する損害賠償請求権は、法令<sup>(注1)</sup>により、保険者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、次の事項に同意します。

- 1 保険者<sup>(注2)</sup>が損害賠償額の支払の請求を加害者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係る診療報酬明細書等の写しを添付すること。
- 2 私が損害保険会社等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、保険者は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること。
- 3 保険者が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。
- 4 保険者が保険給付又は損害賠償の支払の請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社・共済団体）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 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社・共済団体）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。

X 年 X 月 X 日

受診者（被害者・未成年の場合は被保険者）

住所 〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3

氏名 健保 太郎



※署名又は記名押印

### (1) 根拠法令

健康保険法施行規則第65条（第三者の行為による被害の届出）

療養の給付に係る事由又は入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給に係る事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、被保険者は、遅滞なく届書を保険者に提出しなければならない。

健康保険法第57条（損害賠償請求権）

保険者は、給付事由が第三者の行為によって生じた場合において、保険給付を行ったときは、その給付の価額の限度において、保険給付を受ける権利を有する者が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得する。