

<記入例> ※業務中・通勤途中の事故の場合、健康保険は使えません。

健康保険 第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その1)

令和〇〇年6月25日

被害者・加害者関係	被保険者証	記号 77	氏名 電子 太郎	昭和・平・令 45年5月1日生(〇〇才)		
	記号と番号	番号 31	現住所 〒111-0034 東京都台東区雷門1-13-8	TEL 03-3843-1451		
	被保険者の勤務先	名称 東京電子株式会社	〒111-0034 TEL 03-1234-1234 東京都台東区雷門1-2			
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名	昭和・平・令 年 月 日生(才)		被保険者との続柄	
	加害者(相手方)	氏名 保険 一郎	生年月日 昭和・平・令 35年3月1日			
	加害者の勤務先	現住所 〒135-0016 東京都江東区東陽2-3	TEL 03-2345-2345			
		名称または氏名 浅草コンピューター株式会社	事業内容または職業			
	加害者の住所氏名が判らないとき	所在地または住所 〒111-0032 東京都台東区浅草3-4	TEL 03-3456-3456			
		その理由				
	事故内容	傷病名	右腕打撲			
発生年月日		平成・令和 〇〇年5月25日(日曜日) 午前・午後 9時30分頃				
発生時の状況		勤務中・通勤途中・ <u>私用外出中</u> ・その他()				
発生の場所		東京都令宿区西令宿1-18路上				
種別		<u>自動車事故</u> ・バイク事故・暴行・その他()				
事故結果		即死・入院直後の死亡(死亡年月日)・ <u>負傷</u> ・治癒				
警察官の立合		<u>あった</u> ・ない・ないが届出済・わからない				
所轄署		〇〇 警察署 派出所				
過失の度合		自分がなんぶ	0. 1. <u>2.</u> 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10		相手がなんぶ	
				0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. <u>8.</u> 9. 10		

※該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

受付日付印

この届出に添えて提出する書類	交通事故は1~4	1 交通事故証明書(人身事故扱い)
	その他の場合は2~4	2 診断書の写し(所有している場合) 3 (死亡の場合のみ)戸籍謄本および死亡診断書 4 (示談をしているときは)示談書の写し

※ 注意事項 過失の度合にかかわらず、相手方を加害者、被保険者、被扶養者は被害者としてご記入ください。

※示談をする前には必ず健保にご連絡ください。

(その2)

示談状況	示談が成立	交渉中	令和〇〇年 6月25日現在		請求権を放棄した	
	平成・令和 年 月 日	成立していない			平成・令和 年 月 日	
		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賠償金の受領は	した(請求者名) ・ していない ・ 申請中				
	加害者に対する損害賠償の請求	していない ・ した	年 月 日	口頭 ・ 文書	治療費 円 休業補償 円 その他 円	
	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)				円
		休業補償費	自 平成・令和 年 月 日	1日につき	円	
			至 平成・令和 年 月 日	日分		
						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	金額	平成・令和 年 月 日 受領				
	() 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	

※ 提出日現在の示談の状況を記入してください。
 ※ 加害者から損害賠償を受けたときは必ず記入してください。

負傷の原因について（回答書）

被 保 険 者	記号	77	番号	31	氏名	電子 太郎
	事業所名	東京電子株式会社				
	自宅住所	〒111-0034 東京都台東区雷門1-13-8				
	電話番号	03-3843-1451				
対象者	氏名	電子 太郎			続柄	本人
負傷年月日	平成 令和 〇〇年 5月 25日 午前・午後 9時 30分頃					
当日の勤務時間	時 分から 時 分					
負傷場所（該当する項目を丸で囲み、おおよその場所をご記入ください。訪問先、その他の場合にはその施設名などもご記入ください）	会社内・駅構内・自宅・学校内・乗り物の中・路上 訪問先（ ） その他（ ） おおよその場所（ 東京都新宿区西新宿1-18路上 ）					
状況	通勤(帰宅)途中・通勤時間中・休憩中・移動中 アルバイト・パート・農作業・家業の手伝い・町内行事 車運転中・車同乗中・学校クラブ活動中・散歩 スポーツ競技（ ） ショッピング・家事・その他（ ）					
どのような事故が起きましたか？（できるだけ具体的にご記入ください）	信号のある同幅員の交差点を直進したとき、同じく青信号で交差点に進入した相手車が右折して自車の右前側面に衝突し、負傷した。					
負傷名	右腕打撲					
受診医療機関名	① 電子整形外科病院 ② ③					
原因	第三者からの加害行為(事故を含む)である・違う					
損害賠償請求の有無	請求した・請求しない・請求する予定					

損害賠償責任保険契約内容 (相手方の車両)

1. 自動車・バイク事故の場合

		自 賠 責 保 険	任 意 保 険 (対 人)		
保 険 会 社 名 称		〇〇損害保険株式会社		〇〇損害保険株式会社	
証 書 番 号		AW-76543-2		××-△△△△	
保 険 契 約 期 間		自 平成・令和〇〇年1月10日 至 平成・令和△△年1月10日 (12ヶ月)		自 平成・令和〇〇年1月10日 至 平成・令和△△年1月10日 (12ヶ月)	
契 約 者	住 所	〒135-0016 TEL03-2345-2345 東京都江東区東陽2-3		〒135-0016 TEL03-2345-2345 東京都江東区東陽2-3	
	(フリガナ) 氏 名	保 険 一 郎		保 険 一 郎	
保 有 者	住 所	〒135-0016 TEL03-2345-2345 東京都江東区東陽2-3		〒135-0016 TEL03-2345-2345 東京都江東区東陽2-3	
	(フリガナ) 氏 名	保 険 一 郎		保 険 一 郎	
取 扱 窓 口	住 所	〒111-0034 TEL03-4567-4567 東京都台東区雷門4-5		〒111-0034 TEL03-4567-4567 東京都台東区雷門4-5	
	名 称	〇〇損害保険株式会社△△支店		〇〇損害保険株式会社△△支店	
	(フリガナ) 氏 名	〇〇〇〇		××××	
自 動 車 の 種 別		自家用普通 乗用自動車	登録 No.	品川78て4321	車台 No.

2. 自動車・バイク事故以外の場合

保 険 会 社	名 称		種 別	
	証 書 番 号			
保 険 契 約 期 間		自 平成・令和 年 月 日・至 平成・令和 年 月 日(ヶ月)		
契 約 者	住 所	〒 TEL		
	(フリガナ) 氏 名			
取 扱 窓 口	所 在 地	〒 TEL		
	名 称		(フリガナ) 担 当 者	

治療の状況

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	電子整形外科病院
		所在地	〒111-0034 東京都台東区雷門1-1 TEL 03-1111-2222
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他()	
	治療開始	平成・令和 ○○年 5月 25日 入院 ・ 通院	
	転 帰	平成・令和○○年 6月25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	自平成・令和 年 月 日 ～ 至平成・令和 年 月 日
		通院	自平成・令和 年 月 日 ～ 至平成・令和 年 月 日
	後遺症	ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み	
治療見込	平成・令和 ○○年 5月 25日 から約 3ヶ月 ぐらい		

治療した医療機関が2件ある場合、ご記入ください。

治療を受けたとき	医療機関	名称	
		所在地	〒 TEL TEL
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他()	
	治療開始	平成・令和 年 月 日 入院 ・ 通院	
	転 帰	平成・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	自平成・令和 年 月 日 ～ 至平成・令和 年 月 日
		通院	自平成・令和 年 月 日 ～ 至平成・令和 年 月 日
	後遺症	ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み	
治療見込	平成・令和 年 月 日 から約 ぐらい		

東京電子機械工業健康保険組合御中

同意書

(場所)

(加害者名)

平成令和〇〇年5月25日 新宿区西新宿1-18路上 において 保険 一郎 の行為により
(被害者名)

電子 太郎 の被った事故について、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条第1項の規定によって、組合が給付の価額の限度において取得行使し、行使の際に加害者の加入する損害保険会社等へ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、かつ損害賠償金を受領すること、及び保険者が必要と認める場合当該事案に関して情報を提供し照会を行い、私(「被扶養者含む」)の個人情報に加害者、医療機関、損害保険会社等から取得することについて異議のないことを、ここに書面をもって申立てます。また、保険給付後に傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還することに同意します。

あわせて、つぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者(保険会社・共済団体)と示談をおこなう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(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)側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出ること。
4. 自賠償保険に被害者請求する場合には、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
5. 治療が完了した場合には、治療完了日を貴職に報告すること。

令和〇〇年 6月25日

住所 東京都台東区雷門1-13-8

被保険者氏名 電子 太郎 (印)

被扶養者氏名 (印)

(受診者が被扶養者の場合)

※必ずご記入の上、署名捺印してください

誓約書

平成・令和〇〇年 5月25日 東京都新宿区西新宿1-18路上 (発生場所)において

保険 一郎 (加害者) の不法行為により 電子 太郎 (被害者) が負傷し、
健康保険で治療を受けたことについて、健康保険法第57条の規定に基づき損害賠償請求権を代位取得した東京電子機械工業健康保険組合理事長から保険請求があった場合は、その金額を支払うことを連帯保証人とともに署名押印の上誓約致します。

令和 年 月 日

○加害者 氏名 保険 一郎 (印)

住所 東京都江東区東陽2-3

○連帯保証人 氏名 保険 花子 (印)

住所 東京都江東区東陽2-3

○連帯保証人 氏名 _____ (印)

住所 _____

東京電子機械工業健康保険組合理事長殿

事故発生状況報告書

保険証明書 番号	第 AW-76543-2 号	当事者	甲(相手方・加害者)	氏名 保険 一郎 電話 03-2345-2345
自動車番号 (登録番号等)	品川78て4321		乙(被害者)	氏名 電子 太郎 電話 03-3843-1451
天候	晴(曇)・雨・雪・霧			(運転)・同乗・歩行・他
交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方	
道路の 状況	○ 舗装の状況	1. してある	2. してない	
	○ 歩道の状況	1. 両側にある	2. 片側だけある	
	○ その他の状況	1. 直線である	2. カーブになっている	
		1. 平旦である	2. 坂になっている	
		1. 見通しが良い	2. 見通しが悪い	
		1. 積雪路であった	2. 凍結路であった	
信号 または 標識	○ 信号	1. ある	2. ない	
	○ 駐停車禁止	1. されている	2. されていない	
	○ その他標識	1. ある()	2. ない	
速度	甲車両	30 km・h	(制限速度	40 km)
	乙車両	40 km・h	(制限速度	40 km)

事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください)

事故現場における自動車と被害者の状況を图示してください

自 車

自車以外の車

進行方向

信 号

一時停止

人 間

自 転 車 }

オートバイ }

上記図の説明を書いてください。

信号のある同幅員の交差点を乙が直進したとき、同じく青信号で交差点に進入した甲が右折して乙車両の右前側面に衝突し、乙を負傷させた。

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

令和〇〇年 6月25日

報告者

甲との関係()

乙との関係(本人)

電子 太郎



※必ずご記入の上、署名捺印してください