

健康保険 第三者の行為による傷病届

本人・家族

被害者・加害者関係	被保険者証	記号	氏名			印
		番号	現住所 〒			
	被害者が勤務している事業所	名 称				
		所 在 地	TEL () -			
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名	被保険者との続柄			
	加 害 者	氏名	生年月日		明 大 昭 年 月 日	
		現住所	〒 - TEL () -			
	加害者の勤務先	名称又は氏名	事業内容又は職業			
		所在地又は住所	TEL () -			
	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	発生年月日	午前・午後	時 分頃		
	発 生 の 場 所					
	種 別	自動車事故・バイク・自転車事故・殴打殺傷・その他()				
	事 故 結 果	即死・入院直後・入院中の死亡 (死亡 年 月 日)・治療				
	警 察 官 の 立 合	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない				
	所 轄 署	警察署				派出所
	過 失 の 割 合	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				

◎ 該当文字を○でかこみ、必要事項は記入してください。

受付日付印

この届に添えて提出する書類	自動車事故のとき	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 示談しているときは示談書の写

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および被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入してください。		◎自動車事故であって「事故発生状況報告書」を、この届に添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。
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ください。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。		

記入者		印
-----	--	---

加害者の自動車保険加入状況	責任保険加入	ある・ない	保険加入証明記号番号		保険契約	自平成	年	月	日	
			第 号		期 間	至平成	年	月	日	
			契 約 保 険 会 社		契約者氏名					
	任意保険加入	ある・ない	名 称							
			所 在 地		TEL ()					
			名 称							
所 在 地		TEL ()								
示談状況	示談が成立		交渉中	平成 年 月 日		請求権を放棄した				
	平成 年 月 日		成立していない	現在		平成 年 月 日				
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・した		年 月 日	治療費 休業補償 その他		円 円 円		
	損害賠償の種類		加害者直接賠償 ・ 保険会社からの賠償							
	第三者(加害者)から損害賠償をうけたとき	賠償金の内容		治療費 (入院費を含む)						円
		休業補償費		自平成 年 月 日 至平成 年 月 日		1日につき 日分 計		円 円		
		葬 祭 費							円	
		慰 謝 料							円	
		見 舞 金							円	
		傷害補償費							円	
		そ の 他							円	
合 計							円			
受 領 方 法		全 額	平成 年 月 日 受領							
および年月日		分 割	第 1 回	円	年 月 日 受領					
		()回払	第 2 回	円	年 月 日 受領					
			第 3 回	円	年 月 日 受領					

治 療 状 況	この事故で医師の治療を う け ま し た か		うけた ・ うけない	
	治 療 を う け た と き	医 療 機 関	名 称	
			所在地	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 年 月 日	入院 通院
		転 帰	(平成 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 年 月 日～至平成 年 月 日	
			退院 自平成 年 月 日～至平成 年 月 日	
		後 遺 症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込	
	治 療 見 込	平成 年 月 日 から約 日・月 ぐらい		

○

この欄は記入する必要はありません。

保険給付欄				
種 別	金 額	内 訳	支 給 年 月 日	備 考
療養の給付	円	自 _____ 日間 至 _____		
療 養 費	円			
傷病手当金	円	自 _____ 日間 至 _____		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

診 断 書

傷病者	住所				
	氏名	男	明治 大正 昭和	年 月 日生 (歳)	
病名および様態					
後遺障害の有無について (次の不要のものを抹消して下さい。なお、下記注を参照のこと) 有り ・ 無し ・ 未定					
入院治療		日間		を要す	平成 年 月 日
自平成 年 月 日 至平成 年 月 日					
通院治療		内治療 日間 実日数		を要す	治療継続中 治癒見込 治 癒
自平成 年 月 日 至平成 年 月 日					
要す 附添看護を 要せず 期間 自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間				理 由	

上記の通り診断致します。

平成 年 月 日

 所在地
 名 称
 医師氏名

- 注1. 後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書(損害保険会社ならびに調査事務所に備付けてあります。)をご作成願います。
2. この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用下さい。なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

示談書(自動車事故用)

被 害 者 の	住 所			
	氏 名			
加 害 者 の	住 所			
	氏 名			
保 険 契 約 者 の	住 所			
	氏 名			
加 害 自 動 車 の	種 別			
	登録番号			
事故発生の日時		平成 年 月 日	午前 午後	時 分頃
事故発生の場所				
事 故 の 状 況				
示 談 の 条 件	治 療 費 (入院費を含む)	円	}	左の金額を、 年 月 日に支払う
	休 業 補 償 費	円		次の方法によって分割して支払う
	看 護 費	円		第1回 円を 年 月 日支払う
	慰 謝 料	円		第2回 円を 年 月 日支払う
	見 舞 金	円		第3回 円を 年 月 日支払う
	そ の 他	円		
	合 計	円		
この交通事故については、当事者双方協議の結果、うえの条件をもって、円満に示談解決いたしました。 今後この件に関しては、どのような事情が生じて、双方異議のないことを、連署をもって確約いたします。 平成 年 月 日 被害者 住所 氏名 (印) 加害者 住所 氏名 (印) 立会人 住所 氏名 (印) 立会人 住所 氏名 (印)				

念 書

平成 年 月 日 (場所) (加害者氏名) の不法行為により
(被害者氏名) の被った傷病について、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57条の規定によって、貴健康保険組合が給付の価格の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことを、ここに書面をもって申し立てます。

なお、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 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者側から金品を受けたときは、受領月日、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。

平成 年 月 日

住所

氏名

印

共同通信社健康保険組合 殿

(第三者行為届 添付様式7)

平成 年 月 日報告

共同通信社健康保険組合

理 事 長 殿

第三者行為(自動車事故)の自賠責保険関係報告書

被 保 険 者	証記号番号		氏 名	印
被 害 者	氏 名		続 柄	
事 故	発生日時	平成 年 月 日	午 前 後	時 分頃
加害者及び 加害自動車 に関する 事 項	保険契約	保険会社(支店)名		
		同 所在地		
		同 電話番号		
		保 険 証 明 書 番 号	第	号
		保 險 期 間	自平成 年 月 日至平成 年 月 日 ヶ月	
		保 險 契 約 者 住 所		
		同 氏 名		
	加害自動車	車 種 別	使用の本拠地 (都道府県名)	
		登録・車両・標識番号		
		車 体 番 号		
	加害自動車の保有者	住 所		
		氏 名		
		保険契約者との関係	本人・譲受人・賃借人・その他()	
	加害運転者	住 所		
		氏 名		
		保 有 者 と の 関 係	本人・従業員・親族(続柄)・その他()	

- ◎添付書類: 1. 保有者が譲受人のときは譲受証明書
 2. " 借受人のときは借受証明書又は貸与証明書
 3. " その他のときは保険契約者との関係を証明する書類
- ◎注意事項: 1. 必ずしも上記様式どおりでなくてもよいが、上記全項目を必ず記載すること。
 2. 第三者行為届に添付して提出すること。