**健康保険　第三者行為による傷病届**

（ＮＯ．１）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被害者・加害者関係本人・家族 | 被保険者証の記号番号 | 　　－ | 氏名 | ㊞○該当文字を○で囲み必要事項を記入して下さい |
| 現住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　TEL　　　－　　　　－ |
| 被保険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 | 大・昭・平　　　　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 | 　　　　年　　　月　　　日午前･後　　　　　時　　　 分頃 |
| 発生の場所 |  |
| 種別 | 自動車事故・　　　　　事故・　　　　・その他（　　　　　　　　　　　） バイク　　　　　殴打　　　　　　　自転車　　　　　刺傷 |
| 事故結果 | 即死　・　　　　　　　　　（死亡　　　年　　　月　　　日）　・　治療入院直後の死亡入院中の死亡 |
| 警察官の立会 | 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 | のときは自動車事故 | 1. 自動車事故証明書

受付日付印1. 事故発生状況報告書
2. 診断書

4.　死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書 |
|  | 5.　示談をしているときは示談書の写 |

（ＮＯ．２）

|  |  |
| --- | --- |
| 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ください。 |
|  |

（ＮＯ．３）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険加入状況加害者の自動車 | 責任保険加入の有無 | ある　・　ない | 保険契約期間 | 自　　　　　年　　　月　　　日至　　　　　年　　　月　　　日 |
| 保険加入証明記号番号 |  | 契約者氏名 |  |
| 契約保険会社 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒TEL　　　－　　　　－ |
| 示談状況 | 示談が成立 | 交渉中 | 　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　現在 | 請求権を放棄した |
| 　　　年　月　日 | 成立してない | 　　　　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 | 　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　治療費　　　　　　　　円していない　・　した　　　　　　　　　　休業補償　　　　　　　円　　　　　　　　　　　口頭　・　文書　　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） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 休業補償費 | 自　　　　年　　月　　日１日につき　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　　日分至　　　　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 | 　　　　　　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 |

（ＮＯ．４）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　　　－　　　　－ |
| 支払状況 | 健康保険・加害者負担・自費・その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 治療開始 | 　　　　　年　　　月　　　日　　　入院　　　通院 |
| 転帰 | （　　　　　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　　　　年　　月　　日～至平成　　年　　月　　　日通院　自　　　　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 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日　　　年　　　月　　　日　から　　約ぐらい　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月 |

―――――――――――◇―――――――――――

この欄は記入する必要ありません

|  |
| --- |
| 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 | マッサージ、コルセット柔道整復施術、輸血 |  |  |
| 傷病手当金 | 　　　　　　　　円 | 自日間至 |  |  |
|  | 　　　　　　　　円 |  |  |  |
|  | 　　　　　　　　円 |  |  |  |
|  | 　　　　　　　　円 |  |  |  |
|  | 　　　　　　　　円 |  |  |  |
| 合計 | 　　　　　　　　円 |  |  |  |

事故発生状況報告書

（ＮＯ．５）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険証明書番号 |  | 当事者 | 甲（加害運転者） | 氏名（電話） |
| 自動車の番号 |  | 乙（被害者） | 氏名（電話） | 運転・同乗歩行・その他 |
| 天候 | 晴・曇・雨・雪・霧 | 交通状況 | 混雑・普通・閑散 | 明暗 | 昼間・夜間・明け方・夕方 |
| 道路状況 | 　　　　　　　してある　　　　　　　　　ある直線・カーブ歩道（両・片）　舗装　　　　　　　していない　　　　　　　　ない　　　　　　　　　　　　　　　　良い　積雪路　　凍結路　平坦　・　坂　　　見通し　　　　　　　　　　　　　　　　悪い |
| 信号又は標識 | 　　　　　ある　　　　　　　　　　されているその他標識駐停車禁止　信号　　　　　ない　　　　　　　　　　されていない |
| 速度 | 甲車両　　　ｋｍ／ｈ（制限速度　　　ｋｍ／ｈ）　乙車両　　　ｋｍ／ｈ（制限速度　　　ｋｍ／ｈ） |
| 事故現場における自動車と被害者との状況を図示して下さい。 | 事故発生状況略図（道路幅をｍで記入して下さい。）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 上記図の説明を書いて下さい。 |  |
|  |
|  |
|  |

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申上げます。

　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　甲との関係　（　　　　　　　　　）

報告者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　乙との関係　（　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

念書

（ＮＯ．６）

　　　　　　　　　（場所）　　　　　　　　　　　（加害者氏名）

　　年　　月　　日　　　　　　　　　において　　　　　　　　　の

　　　　　　　　　（被害者氏名）

不法行為により　　　　　　　　　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、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．　加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職に、その内容を申出ること。

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。

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

日本郵船健康保険組合理事長　殿