

記入例

本・家 健康保険 第三者の行為による傷病届

(その1)

被害者・加害者関係	被保険者証 記号・番号	記号 999	氏名 品川 次郎	
		番号 9999	現住所 神奈川県横浜市・・・区・・・	
	勤務している 事業所	名称 シナネン株式会社		
		所在地 港区海岸 1-4-22	TEL 99 ( 999 ) 9999	
	被扶養者が受けた 事故であるとき	氏名	被保険者 との続柄	
	相手方	氏名 ○ ○ ○ ○	生年月日	T <b>S</b> H 99年99月99日
		現住所 東京都港区赤坂・・・	TEL 99 ( 999 ) 9999	
	相手方の勤務先	名称又は氏名 △ △商事	事業内容 又は職業	卸業
		所在地・住所 東京都港区赤坂××・・・	TEL 99 ( 999 ) 8888	
	相手方の住所氏名 が判らないとき	その理由		

事故内容	傷病名	胸部打撲・頸椎捻挫	発生年月日	平成99年99月99日
	発生の場所	港区海岸の路上、△△交差点内		
	種別	自動車事故・ 自転車	バイク事故 ・ 殴打 刺傷	その他 ( )
	事故結果	即死 (死亡年月日)	入院直後の死亡 ・ 負傷	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	
	過失の割合	自分が何割 0 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10	相手が何割 0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10	

この届出に添えて 提出する書類	自動車事故のときは	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. 示談をしているときは示談書の写し

受付日印

(その1-2)

事 故 発 生 の 状 況	相手方の行為によって生じた事故について、相手方の行動および本人の行動をわかりやすく、くわしく記入してください。
	買い物のため港区浜松町の店舗に向かう途中、△△交差点において、
	私の車が赤信号のため停車していた際、後続の加害者の車が追突してきた。
	事故後、加害者はわき見運転のため、私の車の発見が遅れ、追突して
	しまったと言明した。
事 故 現 場 の 見 取 り 図	事故が発生した場所の見取り図を記載してください。 そして本人と相手方の行動を、赤点線を持って表示してください。

☆ 自動車事故であつて「事故発生状況報告者」を、この届出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。

シ ナ ネ ン 健 康 保 険 組 合

加害者の自動車 保険加入状況	責任保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない	保険契約期間	自平成19年 2月 1日 至平成21年 1月31日			
	保険加入証明 記号番号	第 99999 -999号	契約者氏名	○ ○ ○ ○			
	契約保険会社	名 称	SINANEN火災海上保険				
所 在 地		千代田区・・・町・・・ TEL 99 (999) 9999					
示談状況	示談が成立	<input checked="" type="radio"/> 交渉中	平成99年9月9日	請求権を放棄した			
	平成 年 月 日	<input type="radio"/> 成立してない	現在	平成 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方法	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請求		<input checked="" type="radio"/> していない	年 月 日	治療費	円	
				・した	休業補償	円	
				口頭 ・ 文書	その他	円	
	第三者(加害者)から損害賠償を受けたとき	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	自平成 年 月 日1日につき	円		
				至平成 年 月 日 日分	計		
			葬祭費				円
			慰謝料				円
見舞金						円	
障害賠償金						円	
その他				円			
	合計				円		
受領方法 および年月日	全 額	平成 年 月 日受領					
	分 割 ( ) 回払	第1回	平成 年 月 日受領				
		第2回	平成 年 月 日受領				
		第3回	平成 年 月 日受領				

シ ナ ネ ン 健 康 保 険 組 合

治療状況	この事故で医師の治療を受けましたか		<input checked="" type="radio"/> うけた <input type="radio"/> うけない		
	医療機関	名称	浜松町病院		
		所在地	港区浜松町・・・・・・・・ TEL 03-999-9999		
	支払方法	<input checked="" type="radio"/> 健康保険 <input type="radio"/> 加害者負担 <input type="radio"/> 自費 <input type="radio"/> その他 ( )			
	治療開始	平成 99年 99月 99日 入院 <input checked="" type="radio"/> 通院			
	転 帰	(平成 年 月 日現在) 現在入院中 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 通院加療中 <input type="radio"/> 治療 <input type="radio"/> 中止			
	入院治療期間	入院 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 通院 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
	後遺症	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ある見込 <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> ない見込			
	治療見込	平成 99年 99月 99日から約 日位 約 4 月位			

## 念 書

平成 99 年 99 月 99 日 (場所 港区浜松町 ) において (相手方 ○ ○ ○ ○) の不法行為により (本人 品川 次郎 ) のかぶ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、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第 67 条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. 相手方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し出ること。
2. 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
3. 相手方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. 自賠償保険に本人請求をする場合には、必ず前もって貴職に内容を申し出ること。

平成 99 年 99 月 99 日

〒 999 - 9999

住 所 神奈川県横浜市 . . . . .  
TEL 045 ( 999 ) 9999

氏 名 品川 次郎 印

シナネン健康保険組合理事長殿