

第三者の行為による傷病届

(本人・家族)

(その1)

○該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

被害者・加害者関係	被保険者証の記号・番号	記号 000	氏名 健保 太郎				
		番号 0000	現住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 TEL(000)000-0000				
	被害者が勤務している事業所	名称 株式会社〇〇〇〇					
		所在地 〇〇県〇〇市〇〇町1 TEL(111)111-1111					
	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			
	加害者	氏名 加害 一郎	生年月日 昭平令 〇〇年 7月 1日				
		現住所 ××県××市××町1-10 TEL(100)100-1000					
加害者の勤務先	名称又は氏名 ××××株式会社	事業内容又は職業 運送業					
	所在地又は住所 ××県××市××町1-200 TEL(100)120-1230						
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 頸椎捻挫	発生年月日 令和 ××年 ××月 ××日 午前・後 ×時 ×分頃					
	発生の場所 ××県××市××町交差点						
	種別 自動車事故	バイク事故・自転車事故・殴打・刺傷・その他()					
	事故結果 即死・入院直後の死亡 入院中の死亡	死亡年月日 (死亡 年 月 日) 治療					
	警察官の立合 あつた	ない・ないが届出済・わからない					
	所轄署 〇〇 警察署	〇〇 派出所					
	過失の度合 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	自分がなんぶ	相手がなんぶ				

この届に添えて 提出する書類	自動車事故の時	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

受付日付印

○自動車事故であつて「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 発 生 の 状 況	<p>被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。</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
事故 現 場 の 見 取 図	<p>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。</p> <hr/> 

(様式第3号)

(その2)

加 保 害 險 者 加 入 の 自 動 状 況	責任保険加入の有無	ある・ない		保険契約期間	自 令和〇〇年〇〇月〇〇日 至 令和〇〇年〇〇月〇〇日			
	保険加入証明記号番号	第1000号		契約者氏名	加害一郎			
	契約保険会社	名称	××××損害保険株式会社					
		所在地	××□□市□□町3-3 TEL (333)333-3333					
示談状況	示談が成立	交渉中		令和〇〇年〇〇月〇〇日 現在		請求権を放棄した		
	令和 年 月 日	成立していない				令和 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 してない・した 治療費 休業補償 口頭・文書 その他 円 円 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 令和 年 月 1 日につき 至 令和 年 月 日 計				円 日分
			葬祭費					円
			慰謝料					円
			見舞金					円
			障害補償費					円
			その他の合計					円
受 領 方 法 および年月日	全額	令和 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					

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 受 け た と き 況	医　療　機　関	名　称	○○○○病院
		所在地	○○県○○市○○町2 TEL(222)222-2222
	支　払　方　法	健康保険・ <u>加害者負担</u> ・自　費・その他()	
	治　療　開　始	令和 ○○年 ○○月 ○○日 入　院 <u>通　院</u>	
	転　　帰	(令和 ○○年 ○○月 ○○日現在) 現在入院中・ <u>通院加療中</u> ・治　癒・中　止	
	入院治療期間	入院　自　令和　年　月　日～至　令和　年　月　日 通院　自　令和　年　月　日～至　令和　年　月　日	
	後　遺　症	あ　る　・　ある見込　・　な　い　・ <u>ない見込</u>	
治　療　見　込	令和 ○○年 ○○月 ○○日から 約 ○ <u>日</u> くらい		

◇

この欄は記入する必要ありません

保　險　給　付　欄				
種　別	金　額	内　　訳	支給年月日	備　考
療養の給付	円	自 至 日間		
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 至 日間		
	円			
	円			
	円			
	円			
合　　計	円			

診断書

傷病者	住 所 氏 名	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日	生 (才)
傷病名及び態様				
入院治療	日間 自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	を要す	令和 年 月 日	
退院治療	日間 (内治療 実日数 日)	を要す	治 ゆ 見 込 治 ゆ	
附添看護	要 す 要 せ ず	理由		
期 間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	日間		
後遺症内容 (精神・神経・運動に障害を残す場合は特に詳記願います。)				
(労働者災害補償保険 級別 級 号に該当)				

上記の通り診断いたします。

年 月 日

所 在 地
名 称
医師氏名

この診断書は自動車損害賠償責任保険の調査資料にいたしますのでなるべくこの用紙をご使用ください。
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。

念　　書

(場所)

(加害者氏名)

令和××年××月××日××交差点において**加害 一郎**の不法
(被害者氏名)

行為により **健保 太郎** 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、つぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側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出すること。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

住 所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1

氏 名 **健保 太郎**



コスモスイニシアグループ健康保険組合 殿