

# 損収第 号

健康保険

## 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           | 記号                                     | 氏名                               |                       |                |            |  |
|                                  | 記号と番号           | 第 号                                    | 現住所                              | 〒 ( ) TEL ( )         |                |            |  |
|                                  | 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(相手側)        | 氏名                                     |                                  | 生年月日                  | 昭和・平成・令和 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            |  |                                  |                       |                |            |  |
| 内容                               | 傷病名             |  |                                  | 発生年月日                 | 平成・令和 年 月 日    | 午前・午後 時 分頃 |  |
|                                  | 発生の場所           |  |                                  | 被保険者(被扶養者)は通勤中・勤務中である | はい・いいえ         |            |  |
|                                  | 種別              | 自動車事故・バイク事故・殴打・自転車事故・刺傷・その他 ( )        |                                  |                       |                |            |  |
|                                  | 結果              | 治療・入院直後の死亡(死亡平成・令和 年 月 日)・即死<br>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 | 自動車のときは | 1 | 自動車事故証明書           |
|               |         | 2 | 事故発生状況報告書          |
|               |         | 3 | 死亡の場合は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    |

受付日付印

(その2)

|                |                      |                |                   |                    |              |                          |              |  |         |
|----------------|----------------------|----------------|-------------------|--------------------|--------------|--------------------------|--------------|--|---------|
| 加害者（相手）の状況     | 責任保険加入の有無            | ある・ない          |                   | 保険契約期間             | 自平成・令和 年 月 日 |                          | 至平成・令和 年 月 日 |  |         |
|                | 保険加入証明記号番号           | 第 号            |                   | 契約者氏名              |              |                          |              |  |         |
|                | 契約保険会社               | 名称             |                   |                    |              |                          |              |  | 〒       |
|                |                      | 所在地            |                   |                    |              |                          |              |  | TEL ( ) |
| 示談状況           | 示談が成立した              | 交渉中            | 平成・令和 年 月 日       |                    |              | 請求権を放棄した                 |              |  |         |
|                | 平成・令和 年 月 日          | 成立していない        | 現在                |                    |              | 平成・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 | 保険会社から賠償金の受領は        |                | した（請求者名）・しない・交渉中  |                    |              |                          |              |  |         |
|                | 加害者（相手）に対する損害賠償の請求   |                | 平成・令和 年 月 日       |                    |              | 治療費 円<br>休業補償 円<br>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             | 自平成・令和 年 月 日 1日につき |              |                          |              |  | 円       |
|                |                      |                |                   | 至平成・令和 年 月 日 計     |              |                          |              |  | 円       |
|                |                      |                | 埋葬費               |                    |              |                          |              |  | 円       |
|                |                      |                | 慰藉料               |                    |              |                          |              |  | 円       |
|                |                      |                | 見舞金               |                    |              |                          |              |  | 円       |
|                |                      |                | 障害補償料             |                    |              |                          |              |  | 円       |
| その他            |                      |                |                   |                    |              | 円                        |              |  |         |
| 合計             |                      |                |                   |                    |              | 円                        |              |  |         |
| 受領方法           | 金額                   | 平成・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        |                    |              |                          |              |  |         |

|       |                        |  |              |
|-------|------------------------|--|--------------|
| 治療状況を | この事故で医師の治療を受けましたか      | うけた ・ うけない   |              |
|       | 医療機関                   | 名称   |              |
|       |                        | 所在地  | 〒<br>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)<br>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<br>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                                      |              |
| 治療見込み | 平成・令和 年 月 日から約 日 月 ぐらい |  |              |

# 事故発生状況報告書







|         |     |     |          |                           |
|---------|-----|-----|----------|---------------------------|
| 保険証明書番号 | 第 号 | 当事者 | 甲(加害運転手) | 氏名(電話)                    |
| 自動車の番号  |     |     | 乙(被害者)   | 氏名(電話)<br>運転・同乗<br>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 | 舗装   | してある<br>していない | 歩道(両・片) | ある<br>ない | 直線・カーブ  |
|      | 平坦・坂 |               | 見通し     | 良い<br>悪い | 雪積路・凍結路 |

|        |    |          |       |                 |        |
|--------|----|----------|-------|-----------------|--------|
| 信号又は標識 | 信号 | ある<br>ない | 駐停車禁止 | されている<br>されていない | その他の標識 |
|--------|----|----------|-------|-----------------|--------|

|    |     |           |       |     |           |       |
|----|-----|-----------|-------|-----|-----------|-------|
| 速度 | 甲車両 | km/h(制限速度 | km/h) | 乙車両 | km/h(制限速度 | km/h) |
|----|-----|-----------|-------|-----|-----------|-------|

|                        |                          |  |
|------------------------|--------------------------|--|
| 事故現場を<br>図示して<br>ください。 | 事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。) | 凡例   |
|                        |                          | 自分   <br>相手   <br>進行方向 <br>信号 <br>一時停止 <br>人 <br>車 <br>自転車 <br>オートバイ  ( )<br><small>※自動二輪車の場合と自転車を<br/>わかるように記載下さい。</small> |

|  |  |
|--|--|
| 上書<br>記<br>図<br>の<br>下<br>説<br>明<br>を<br>い |  |
|--|--|

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

令和 年 月 日 甲との関係 ( )

報告者 乙との関係 ( )



# 自動車損害賠償保険契約等の内容について

(その5)

| 保険の種類              |               | 自 賠 責 保 険        |     |  | 任 意 保 険          |     |  |
|--------------------|---------------|------------------|-----|--|------------------|-----|--|
| 契約内容               |               |                  |     |  |                  |     |  |
| 保険会社名又は<br>共 済 連 名 |               |                  |     |  |                  |     |  |
| 自動車保険<br>証 明 番 号   |               | 第 号              |     |  | 第 号              |     |  |
| 保 険 者<br>契 約 者     | 住 所           | 〒                |     |  | 〒                |     |  |
|                    |               | TEL ( )          |     |  | TEL ( )          |     |  |
| 氏 名                |               |                  |     |  |                  |     |  |
| 自 動 車              | 種 別           |                  | 府県別 |  |                  | 府県別 |  |
|                    | 登録(車両)<br>番 号 |                  |     |  |                  |     |  |
|                    | 車台番号          |                  |     |  |                  |     |  |
| 保 険 契 約 期 間        |               | 自 平成・令和 年 月 日 日間 |     |  | 自 平成・令和 年 月 日 日間 |     |  |
| 至 平成・令和 年 月 日      |               |                  |     |  | 至 平成・令和 年 月 日    |     |  |
| 車 両 の<br>保 有 者     | 住 所           | 〒                |     |  | 〒                |     |  |
|                    |               | TEL ( )          |     |  | TEL ( )          |     |  |
| 氏 名                |               |                  |     |  |                  |     |  |
| 損 害                | 所在地           | 〒                |     |  | 〒                |     |  |
|                    | 名称及び<br>担 当 課 | 〒                |     |  | 〒                |     |  |
| 支 払                | 担当者名          |                  |     |  |                  |     |  |
| 請 求 店              | 電話番号          | TEL ( )          |     |  | TEL ( )          |     |  |

(注) 相手側に聞いて、必ず記入してください。

※相手方の該当する保険をご記入下さい。  
※未加入の場合未記入でかまいません。

東京都医業健康保険組合  
理事長 加藤 正弘 殿

## 念 書 兼 同 意 書

平成・令和 年 月 日 \_\_\_\_\_ (場所) に  
おいて \_\_\_\_\_ (加害者{相手}) の不法行為により、 \_\_\_\_\_  
(被保険者または被扶養者) 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、貴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義  
のないことを、ここに書面をもって申立てます。

あわせて次の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 保険会社を含む加害者側と示談を締結する場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し  
加害者側に白紙委任状を渡さないこと。
2. 保険会社を含む加害者側からの金品を受けたときは、受領年月日・内容・金額を洩れなく、  
かつ速やかに貴組合に申出ること。
3. 貴組合が、保険会社を含む加害者側へ診療報酬明細書又は調剤報酬明細書等の写しを使用し  
て、保険給付した金額の範囲内で請求権を行使すること。
4. 貴組合が、保険会社を含む加害者側へ損害賠償額の支払の請求を行う際、請求書一式に当該  
保険給付に係る診療報酬明細書又は調剤報酬明細書等の写しを添付すること。
5. 現金給付または付加給付（高額療養費・一部負担還元金、傷病手当金など）の請求及び受領  
については、損害賠償金額が確定した後に私が書面により請求すること。なお、保険会社を含  
む加害者側から受領した場合は、健康保険組合には請求しないこと。

なお、この事故に関して、貴組合が損害賠償請求権の行使に必要な当該保険事故に関する私又は  
被扶養者の情報を第三者（事故相手方・損害保険会社・医療機関等）に照会若しくは提示することに  
同意します。

令和 年 月 日

住所

氏名

印

# 誓約書

平成・令和 年 月 日 において

の不法行為により の被った

傷病について、健康保険給付を受けた者が、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条の規定により、その価格の限度に於いて代位請求があった場合は、過失割合に応じて支払うことを連帯保証人とともに署名押印のうえ誓約します。

令和 年 月 日

加害者

住所

氏名

⑩

連帯保証人

住所

氏名

⑩

東京都医業健康保険組合  
理事長 加藤 正弘 殿