

第三者行為による傷病届

項 目		内 容			
(被 届 出 者 等)	被保険者等記号・番号 / 保険者名		被保険者等記号・番号		保険者名 酒フーズ健康保険組合
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏 名 〒		生年月日 年 月 日 TEL ()
		住所 / 電話			
(被 害 者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者の 情報と同じ場合は チェック <input type="checkbox"/>	ふりがな 氏 名 〒		届出者との関係 生年月日 年 月 日 TEL ()
	住所 / 電話				
(第 三 者)	氏 名	ふりがな 氏 名 〒		TEL ()	
	住所 / 電話				
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃			
	事故発生場所				
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)			<input type="checkbox"/>
自 賠 責 保 険	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名		ふりがな 氏 名	
	登録番号 / 車台番号	登録番号		車台番号	
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日		自賠責証明書番号 第 号	
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名		担当部署	
	取扱店所在地 / 電話	〒		TEL ()	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏 名 〒		E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏 名 〒			
	住所				
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日		契約番号 第 号	
	任意対人一括の有無	有 / 無			
被害者加入の保険 会社の関与	関与の有無を チェックし、 「有」の場合 は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名		担当部署	
		担当者氏名		TEL ()	
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 <small>※治療終了日（見込）については可能な範囲でご記入ください。</small>	① 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日 年 月 日	治療終了(見込) 年 月 日
		〒		TEL ()	
	② 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日 年 月 日	治療終了(見込) 年 月 日	
	〒		TEL ()		
	③ 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日 年 月 日	治療終了(見込) 年 月 日	
	〒		TEL ()		
傷病届作成日 / 作成支援の有無	年 月 日		本届出書を損害保険会社等（業務委託先を含む）の支援を受けて作成した場合はチェック		<input type="checkbox"/>

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。

事故発生状況報告書

事故証明書番	第	号	当	甲 (加害者)	氏名			
自動車の登録番号			事	乙 (被害者)	氏名			運転・同乗・歩行・その他
天候	晴・曇・雨・雪・霧・()		交	通	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・していない) ・ 歩道：(ある・ない) ・ 道路の見通し：(良い・悪い) 中央車線：(ある・ない) ・ 道路の状況：(直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路)							
信号又は標識	信号：(ある・ない) ・ 自転車側信号：(青・赤・黄) ・ 相手側信号：(青・赤・黄) 駐停車禁止：(されている・されていない) ・ その他標識：()							
速度	甲車両： km/h (制限速度 km/h) ・ 乙車両： km/h (制限速度 km/h)							
事故現場状況図	(右の記号を使って乙の立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入してください。)							
	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>							自 車(乙) 相手車(甲) 進行方向 信 号 一時停止 人 自 転 車 バ イ ク
事故発生の状況(経緯)								
被害者の負傷状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他()						
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他() <small>(パート・アルバイト含む)</small>						
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()						
	労災特別加入※	(被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無 <small>※社長、役員等の経営者が加入する労災保険</small>						

上記内容に間違いありません。

※署名又は記名・押印

年 月 日

届出者(被保険者) :
※未成年の場合は親権者等

印

(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰ってください。

念書兼同意書

令和 年 月 日（場所） _____ において（加害者） _____ 氏の不法行為により（被害者） _____ の被った事故について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者等に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第 5 7 条第 1 項の規定によって、健康保険組合が給付の価額の限度において取得行使し、かつ損害賠償金を受領すること、及び当該求償事務に必要な範囲で当該事案に関する私の医療情報（受診医療機関および担当医師に関する情報を含む）や事実関係等に関する個人情報を利用し、また加害者、医療機関、損害保険会社等から取得し、かつ弁護士等委託先の他加害者及びその代理人、加害者が加入する損害保険会社、裁判所及び裁判外紛争解決機関、私の代理人その他関係者等に提供することについて異議のないことを、ここに書面をもって申し立てます。

なお、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 加害者と示談を行う場合は、必ず前もって健康保険組合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、かつ遅滞なく健康保険組合に届け出ること。
- 4 自賠償保険に被害者請求する場合には、必ず前もって健康保険組合にその内容を申し出ること。
- 5 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

令和 年 月 日

被保険者 住所

氏名 ㊟

被扶養者 住所

氏名 ㊟

酒フーズ健康保険組合 理事長 殿