

|      |     |    |    |    |    |    |
|------|-----|----|----|----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 次長 | 課長 | 係長 | 係員 |
|      |     |    |    |    |    |    |

本人・家族 健康保険 第三者の行為による傷病届 交通事故・その他

|                  |                        |   |             |              |  |     |      |     |
|------------------|------------------------|---|-------------|--------------|--|-----|------|-----|
| 被<br>害<br>者      | 被保険者等<br>記号番号          | 記号<br>番号  | 氏名<br>現住所   | 〒            |  |     | 印    |     |
|                  | 被保険者が<br>勤務している<br>事業所 | 名称<br>所在地   | 〒           |              |  |     |      | TEL |
| 加<br>害<br>者      | 被害者が被扶養<br>者であるとき      | 氏名  | 生年月日        | 昭平令<br>年 月 日 |  |     | 続柄   |     |
|                  | 加害者                    | 氏名  | 生年月日        | 昭平令<br>年 月 日 |  |     | 現住所  |     |
| 加<br>害<br>者      | 加害者の勤務先                | 名称又は<br>氏名  | 所在地又は<br>住所 | 〒            |  |     |      | TEL |
|                  | 加害者の住所氏名等が不明のときはその理由   |   |             |              |  |     |      |     |
| 事<br>故<br>内<br>容 | 発生日月日                  | 年 月 日   |             | 午前・午後        |  |     | 時 分頃 |     |
|                  | 発生場所                   |   |             |              |  |     |      |     |
|                  | 種 別                    | 交通事故 自動車事故・バイク事故・自転車事故 ・その他 ( )<br>その他の事故 刺傷 ・ 殴打 ・ その他 ( ) |             |              |  |     |      |     |
|                  | 警察への届出                 | 届出有 ・ 届出無   |             |              |  |     |      |     |
|                  |                        | (届出有の場合)<br>所管署名  |             | 警察署          |  | 派出所 |      |     |
| 過失の度合い           | 相手方                    |   | %           | 当方           |  | %   |      |     |

|                   |   |
|-------------------|---|
| この届に添えて<br>提出する書類 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・交通事故証明書（人身事故扱い）</li> <li>・人身事故証明入手不能届（物損事故処理の場合）</li> <li>・事故発生状況報告書</li> <li>・診断書 ・ 同意書 ・ 誓約書</li> </ul> |
|-------------------|---|

受付日付印

|             |                      |                     |                  |              |       |   |   |   |  |  |
|-------------|----------------------|---------------------|------------------|--------------|-------|---|---|---|--|--|
| 自動車保険等加入の状況 | 加害者の加入状況             | 自賠責保険加入の有無          | 加入有・加入無          | 保険契約期間       | 自至    | 年 | 月 | 日 |  |  |
|             |                      | 保険加入証明番号            | 第 号              | 契約者氏名        |       |   |   |   |  |  |
|             |                      | 契約保険会社              | 名 称              |              |       |   |   |   |  |  |
|             |                      |                     | 所 在 地            | 〒            | TEL   |   |   |   |  |  |
|             |                      | 任意保険加入の有無           | 加入有・加入無          | 保険契約期間       | 自至    | 年 | 月 | 日 |  |  |
|             |                      | 保険加入証明番号            | 第 号              | 契約者氏名        |       |   |   |   |  |  |
|             |                      | 契約保険会社              | 名 称              |              |       |   |   |   |  |  |
|             |                      |                     | 所 在 地            | 〒            |       |   |   |   |  |  |
|             |                      |                     | 担 当 者 名          | TEL          |       |   |   |   |  |  |
|             |                      | 被害者の加入状況            | 人身傷害保険加入の有無      | 加入有 ・ 加入無    |       |   |   |   |  |  |
| 契約保険会社      | 名 称                  |                     |                  |              |       |   |   |   |  |  |
|             | 所 在 地                |                     | 〒                |              |       |   |   |   |  |  |
|             | 担 当 者 名              |                     | TEL              |              |       |   |   |   |  |  |
| 賠償の請求及び支払状況 | 加害者（保険会社）に対する損害賠償の請求 |                     | 請求した・<br>請求していない | 請求年月日        | 年 月 日 |   |   |   |  |  |
|             | 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               | 円                |              |       |   |   |   |  |  |
|             |                      | 休 業 補 償 費           | 自至               | 年            | 月     | 日 | 円 |   |  |  |
|             |                      | 慰 謝 料               | 円                |              |       |   |   |   |  |  |
|             |                      | 見 舞 金               | 円                |              |       |   |   |   |  |  |
|             |                      | 障 害 補 償 費           | 円                |              |       |   |   |   |  |  |
|             |                      | そ の 他               | 円                |              |       |   |   |   |  |  |
|             |                      | 合 計                 | 円                |              |       |   |   |   |  |  |
|             | 受領方法及び受領年月日          | 全 額                 | 年 月 日 受領         |              |       |   |   |   |  |  |
|             |                      | 分 割 払<br>( ) 回払い    | 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)     |              |       |   |   |   |  |  |



酒フーズ健康保険組合  
理事長 廣岡 孝治 殿

## 同 意 書

私が加害者\_\_\_\_\_に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第57条の規定により、酒フーズ健康保険組合が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、酒フーズ健康保険組合が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、貴健康保険組合が受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者（保険会社）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をまれなく、すみやかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。
- 5 必要な書類などの提出を求められた場合には、遅滞なく提出すること。

年 月 日

届出者（被保険者）

住 所

氏 名

印

酒フーズ健康保険組合  
理事長 廣岡 孝治 殿

## 誓 約 書

(事故発生場所)

年 月 日 \_\_\_\_\_ において私の加害行為

(被害者)

(交通事故等) により \_\_\_\_\_ が被った傷害について、健康保険法の

規定による保険給付を受けた被害者が、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、その価額の限度にお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。

年 月 日

加害者

住 所

氏 名

印

電 話

連帯保証人

住 所

氏 名

印

電 話