

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

「資格情報のお知らせ」に記載されている記号番号を記入してください。

被害者が被保険者の場合は記載不要です。

被害者	被保険者等記号番号	記号 4019	ふりがな 氏名	けんぼ たろう 健保 太郎	印
		番号 1000	現住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇	
	被保険者が勤務している事業所	名称	〇〇〇〇株式会社		
		所在地	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 Tel.03-1234-5678		
被害者	被害者が被扶養者であるとき	ふりがな 氏名	けんぼ はなこ 健保 花子	生年月日	昭平令 〇〇年〇〇月〇〇日
				続柄	妻
加害者	加害者	ふりがな 氏名	そんぼ じろう 損保 二郎	生年月日	昭平令 〇〇年〇〇月〇〇日
		現住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 Tel.03-8765-4321		
	加害者の勤務先	名称又は氏名	株式会社〇〇〇		
		所在地又は住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 Tel.03-4321-8765		
加害者の住所氏名等が不明のときはその理由					
事故内容	発生日月日	2024年 1月10日 (午前)午後12時12分頃			
	発生場所	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇先路上			
	種別	交通事故 自動車事故・バイク事故・自転車事故・その他() 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) 所管署名 〇〇〇県警察署 〇〇駅前派出所 (交通事故の場合の取扱い) 人身事故 物損事故			
過失の度合い	相手方	100%	当方	0%	

過失割合が定まっていない場合は記載不要です。

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

受付日付印

自動車保険等加入の状況	加害者の加入状況	自賠償保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> 加入有 <input type="radio"/> 加入無	保険契約期間	自 2024年 1月 1日 至 2025年 1月 1日	
		保険加入証明番号	第1234567号	契約者氏名	損保 二郎	
		契約保険会社	名称	〇〇損害保険株式会社		
			所在地	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 TEL03-3333-3333		
			担当者名	保険 三郎		
		任意保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> 加入有 <input type="radio"/> 加入無	保険契約期間	自 2024年 1月 1日 至 2025年 1月 1日	
保険加入証明番号	第7654321号	契約者氏名	損保 二郎			
被害者の加入状況	人身傷害保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> 加入有 <input type="radio"/> 加入無				
		契約保険会社	名称	損害保険〇〇株式会社		
		所在地	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 TEL03-6666-6666			
		担当者名	保険 花子 TEL03-5555-5555			
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		<input checked="" type="radio"/> 請求した <input type="radio"/> 請求していない	請求年月日	2024年 2月 1日	
	損害賠償の種類	加害者直接賠償 . . <input checked="" type="radio"/> 保険会社からの賠償				
	賠償金の内訳	治療費	10,000円			
		休業補償費	自 2024年 1月 20日 至 2024年 1月 30日 50,000円			
		慰謝料	円			
		見舞金	円			
		障害補償費	円			
		その他	円			
		合計	60,000円			
	受領方法及び受領年月日	全額	2024年 2月 10日 受領			
分割払 ()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)				

相手方の加入する自賠償保険、任意保険を記入してください。

ご自身の加入している任意保険会社を記入してください。

加害者側より治療費等の支払いを受けている場合、その内容を記載してください。

治 療 状 況	傷病名	頸椎捻挫、腰部打撲	
	① 医療機関	名称	〇〇整形外科
		所在地	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 Tel03-1111-2222
	② 医療機関	名称	〇〇総合病院
		所在地	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 Tel03-3333-4444
	治療期間	入院 自 2024年1月20日 ~ 至 2024年1月25日 通院 自 2024年1月10日 ~ 至 年 月 日	
	治療見込	2024年1月10日から 約 3 (年・ <u>月</u> ・日) くらい	
後遺症	ある・ある見込み・ <u>ない</u> ・ない見込み		
示 談 状 況	支払方法	<u>健康保険</u> ・加害者負担・自費←その他()	
	示談成立の有無	示談成立・ <u>示談中</u> ・示談していない	
	示談成立日	年 月 日	
	示談していない理由	これから話し合う予定・相手が話し合いに応じない・ 加害者の住所等が不明なため・請求権を放棄した・ その他()	

医療機関が2以上ある場合は、主として受診している医療機関を記入してください。

健康保険、損害保険等を使用せず、全額自己負担されている場合。

健康保険を使用せず全額加害者側が支払っている場合。

健康保険を使用し、自己負担額を支払っている場合。

第三者行為（交通事故）により下記の1～4の保険給付を受ける場合には、必ず該当する項目を○で囲んでください。（なお、2～4については健康保険または自賠責（任意保険）のどちらか一方しか請求できません）

- 医療費の自己負担（医療機関に支払った一部負担金）について
自賠責あるいは任意保険に請求しますか する ・ した ・ しない
- 療養費（マッサージ・コルセット・柔道整復施術・輸血・その他）について
①健康保険組合に請求しますか する ・ した ・ しない
②自賠責あるいは任意保険に請求しますか する ・ した ・ しない
- 埋葬費について（死亡の場合）
①健康保険組合に請求しますか。 する ・ した ・ しない
②自賠責あるいは任意保険に請求しますか する ・ した ・ しない
- 傷病手当金（休業損害補償）について
①健康保険組合に請求しますか する ・ した ・ しない
②自賠責あるいは任意保険に請求しますか する ・ した ・ しない
- 今回の交通事故によって受けた負傷で、歯科の治療を受けましたか
受けた ・ 受けない ・ 受ける予定

同 意 書

加害者の氏名を記入
してください。

私が加害者 損保 二郎 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、金額を漏れなく、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。

2024年2月15日

署名捺印をした日を記入
してください。

届出者（被保険者）

住 所 ○○県○○市○○町0-0-0

氏 名 健保 太郎

印

被保険者の方の住所を記
入し、署名捺印してくださ
い。

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)

2024年1月10日〇〇県〇〇市〇〇町0-0-0において私の加害行為

(被害者)

(交通事故等)により 健保 花子 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。

2024年2月15日

加害者

住 所 〇〇県〇〇市〇〇町0-0-0

氏 名 損保 二郎 印

電 話 03-8765-4321

相手方に署名捺印をご
依頼ください。

連帯保証人

住 所 〇〇県〇〇市〇〇町0-0-0

氏 名 〇〇海上火災保険株式会社 印

電 話 03-1111-1111

相手方の加入する任意
保険会社、法定又は任
意代理人等の連帯保証
人の署名捺印。