

# 第三者の行為による傷病届

本人・家族

被 保 険 者	被保険者証 記号・番号	記号	氏名	( 昭和・平成 年 月 日生 )	
		番号	現住所	〒 ( ) Tel ( )	
	被保険者の 勤務先	名称			
		所在地	〒 ( ) Tel ( )		
被害者が被扶養者である時その者の氏名		(続柄: ) ( 昭和・平成・令和 年 月 日生 )			

第 三 者	相手 (加害者)	氏名	車両所有者との関係	本人・親類・知人・従業員 その他( )	
		現住所	〒 ( ) Tel ( )		
	相手の 勤務先	名称			
		所在地	〒 ( ) Tel ( )		
相手の住所、氏名が不明のとき、その理由					

事 故 内 容	傷病名	発生年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃
	発生の場所		
	事故の種別	自動車事故 ・ バイク 事故 ・ 殴打 ・ その他( ) 自転車 刺傷	
	事故結果	即死 ・ 入院直後の死亡 (令和 年 月 日死亡) ・ 治療 入院中の死亡	
	警察の立会	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
	過失の度合	自分(被害者)がなんぶ	相手(加害者)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	1.自動車事故証明書(自動車安全運転センター発行) 2.事故発生状況報告書 3.診断書 4.示談が成立しているときは、示談書の写
---------------	---

受付日付印

# 事故発生状況報告書

天候	晴れ・曇り・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	明け方・昼間 夕方・夜間	
道路状況	・舗装 <span style="margin-left: 20px;">してある</span> <span style="margin-left: 20px;">していない</span>	・歩道(両・片)	<span style="margin-left: 20px;">ある</span> <span style="margin-left: 20px;">ない</span>	直線・カーブ	平坦・坂	
	・見通し <span style="margin-left: 20px;">良い</span> <span style="margin-left: 20px;">悪い</span>	・積雪・凍結	・環境	商店街・住宅街・田園(郊外)・国道 バイパス・山間地・その他( )		
信号と標識	・信号 <span style="margin-left: 20px;">ある</span> <span style="margin-left: 20px;">ない</span>	・一時停止標識	<span style="margin-left: 20px;">ある</span> <span style="margin-left: 20px;">ない</span>	・駐車禁止	<span style="margin-left: 20px;">されている</span> <span style="margin-left: 20px;">されていない</span>	・その他標識
速度	自車両	km/h (制限速度	km/h)	, 相手車両	km/h (制限速度	km/h)
示 事 故 発 生 現 場 に お け る 自 動 車 と 被 害 者 と の 状 況 を 図 示 し て く だ さ い	○事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)					
	<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;">自 車 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">相 手 車 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">進 行 方 向 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">信 号 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">一 時 停 止 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">人 間 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">自 転 車 オ ー ト バ イ </div> </div>					
だ 上 記 図 の 説 明 を 書 い て く だ さ い						
上 記 報 告 書 の 記 入 者	氏名	(印)		被害者との関係		
	現住所	Tel ( )				
	勤 務 事業所名	Tel ( )				

治療を受けましたと き	医療機関	名称					
		所在地	TEL ( )				
	費用の負担	健康保険・相手(加害者)負担・自己(被害者)負担・自賠責負担					
	治療開始	令和 年 月 日 入院・通院					
	現在の療養状況	入院中・通院加療中・治療・中止					
	後遺症	残った・残る見込み・残らない・残らない見込み					
治療見込	令和 年 月 日 から 約 日間 ぐらい ヶ月間						
第三者の自動車 加入状況	保険の種類 契約内容		自賠責保険		任意保険		
	保険の証明書番号		第 号	第 号			
	保険会社の名称						
	保険契約者の氏名						
	保険契約期間		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日			
	損害賠償支払い 請求店の所在地 名称および、担当課 担当者氏名		〒  担当 TEL ( )		〒  担当 TEL ( )		
自動車	種別		府県別		車 輛 保 有 者	氏名	
	登録番号 または 車輜番号		車台番号			住所	〒  TEL ( )

貴方の人身傷害補償(任意)保険について、わかる範囲で記入又は○印をしてください。

加入の有無	有り ・ 無し	保険会社の名称	
保険契約者の氏名		保険証券番号	
保険契約期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
任意保険会社所在地	〒	任意保険連絡先 (担当者)	TEL ( )

示談・請求状況	賠償権請求を放棄	しない・した(放棄した理由: _____)		
	示談の成立	成立していない・成立した(令和 _____年 _____月 _____日 成立)		
	損害賠償を請求	請求していない・請求した(令和 _____年 _____月 _____日 口頭・文書)		
	損害賠償金を	受けていない・受けた		
損害賠償を受けたとき	損害賠償の種類	相手(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(含入院費)	令和 _____年 _____月 _____日から 令和 _____年 _____月 _____日まで	円
		休業補償費	令和 _____年 _____月 _____日から 令和 _____年 _____月 _____日まで	日間 円
		葬祭費		円
		慰謝料		円
		見舞金		円
		損害補償費		円
		その他		円
		合計		円
	受領方法	一括	令和 _____年 _____月 _____日 全額	受領
および 受領年月日	分割 ( )回払	第1回 令和 _____年 _____月 _____日 第2回 令和 _____年 _____月 _____日 第3回 令和 _____年 _____月 _____日 第4回 令和 _____年 _____月 _____日	円 受領 円 受領 円 受領 円 受領	

# 念 書

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日事故発生場所\_\_\_\_\_において  
加害者\_\_\_\_\_の不法行為により被害者\_\_\_\_\_の  
被った保険事故について、健康保険法による保険給付を受けた場合、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条の規定によって貴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  
もって申し立てます。また、自動車賠償責任保険及び任意保険等へ求償する場合、診療報  
酬明細書（写）およびこれに準ずる書面等（写）を提出することに同意します。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴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. 加害者側から損害賠償金を受けたときは、受領年月日・内容・金額をもれな  
く、かつ遅滞なく貴健康保険組合に届け出ること。

令和 年 月 日

住所\_\_\_\_\_

被害者

氏名\_\_\_\_\_⑩

管工業健康保険組合 御中

# 念 書

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日事故発生場所\_\_\_\_\_において  
加害者\_\_\_\_\_の不法行為により被害者\_\_\_\_\_の  
被った保険事故について、健康保険法による保険給付を受けた結果、健康保険法第57  
条（損害賠償請求権の代位取得）に基づき保険給付の価額の限度において貴健康保険組  
合から損害賠償金（治療費等）の請求があったときは、遅滞なく納付することを確約い  
たします。

令和 年 月 日

住所\_\_\_\_\_

加害者

氏名\_\_\_\_\_⑩

管工業健康保険組合 御中