

健康保険 第三者行為による傷病(事故)届

被害者・加害者関係	被害者	被保険者証		氏名	印																	
		記号	番号																			
		事業所																				
		現住所電話番号	〒																			
		被扶養者が受けた事故であるとき	氏名		被保険者との続柄																	
	加害者	フリガナ				(和暦)																
		氏名				年 月 日生																
		住所電話番号	〒			TEL																
		加害者の勤務先	名称			事業内容又は職業																
			所在地電話番号	〒			TEL															
加害者の住所氏名が不明な時		その理由																				
加害者が未成年であるとき(親権者、後見人等)	氏名			加害者との関係																		
	現住所電話番号	〒			TEL																	
事故内容	傷病名				発生年月日	(和暦) 年 月 日																
	発生の場所																					
	発生時の状況	就業時間中・出退勤途上・私用・その他() ※就業時間中・出退勤途上の負傷は、労災保険適用です。健康保険は原則、使用できません。 (アルバイト・パート含む)																				
	種別	自動車・バイク・原付・自転車・歩行中・同乗 殴打・刺傷・その他()																				
	事故結果	治療・入院直後の死亡(死亡年月日)・即死 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																	
	過失の度合(未決定の場合は予想)	自分が何割				相手方が何割																
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

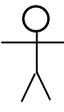
この届に添えて提出する書類	1 交通事故証明書(人身事故証明書) 【「物件事故」となっている場合は、「人身事故証明書入手不能理由書」が必要となります。】
	2 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書
	3 示談をしている場合は示談書の写し

常務理事	事務長	担当	担当

傷病が交通事故による場合	加害者の自賠責保険加入状況	加入の有無	有 ・ 無			
		自賠責保険証明書番号	第	号	契約者名	
		契約保険会社等	名称			
			所在地	〒 TEL		
		加入の有無	有 ・ 無			
	任意保険加入状況(※必ず記入)	任意保険証明書番号	第	号	契約者名	
		契約保険会社等	名称			
			所在地	〒 TEL		
		任意対人一括の有無	有 ・ 無 ※自賠責保険だけの対応ではなく任意保険会社が対応している場合です。			
	示談状況	1. 示談が成立	成立日: (和暦) 年 月 日			
2. 交渉中		(和暦) 年 月 日現在交渉中				
3. 示談が成立していない		成立していない理由[
4. 請求権を放棄した		放棄日: (和暦) 年 月 日 放棄した理由[
請求状況	保険会社からの賠償額の受領について	受領していない ・ 受領した ・ 請求中				
	加害者に対する損害賠償の請求について	請求していない ・ 請求した(口頭 ・ 文書) →いつ((和暦) 年 月 日)				
治療状況	医療機関名					
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他()				
	治療開始日	(和暦) 年 月 日 入院 ・ 通院 開始				
	現在の状況	(和暦) 年 月 日現在 入院中 ・ 通院中 ・ 治癒 ・ その他()				
	入院期間	(和暦) 年 月 日 ~ (和暦) 年 月 日				
	治療終了見込	1. (和暦) 年 月 日頃終了見込 2. 事故後半年以内に終了見込 3. 事故後1年以内に終了見込 4. 事故後1年以上かかる見込 5. その他()				

事故発生状況報告書

【交通事故の場合】

当事者	甲（加害運転者）	氏名				
	乙（被害者）	氏名	運行・同乗 歩行・その他			
該当箇所に○をつけて下さい	天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混在・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
	道路状況	舗装	している ・ していない	歩道(両・片)	ある ・ ない	直線・カーブ
		平坦・坂	見通し	良い ・ 悪い	積雪路・凍結路	
	信号または標識	信号	ある ・ ない	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)
事故現場における自動車と被害者との状況 (できるだけ詳細に)	事故発生状況図(道路幅をmで記入して下さい)					
						自 車  相手車  進行方向  信 号  一時停止  人 間  自転車・オートバイ 

【交通事故以外の場合】

被害行為(飼犬等の咬傷を含む)の事故発生状況をこの欄に具体的に記入してください。

サカイ引越センター健康保険組合理事長 殿

誓約書

(和暦) (場所)
年 月 日 において
(本人または被扶養者)
発生した事故により負傷されました 殿の医療費等に

つきましては、都合により立替給付をお願い致します。

本件に関し、給付された医療費等については、後日貴組合の請求に基づき、
過失の割合に応じ速やかに支払うことを、保証人連名の上、誓約致します。

(和暦)
年 月 日

住 所
当 事 者
(相 手 方)
氏 名 ⑩

住 所
連 帯 保 証 人
(損 保 会 社 も 可)
氏 名 ⑩

備考欄 ----- ----- -----

念 書

(和暦) (場所)
年 月 日 において
(相手方) (被害者)
の不法行為により 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条の規定によってサカイ引越センター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。

なお、当保険組合が損害保険会社へ医療費等の請求する際、病名・医療費等の額等が明記されている診療報酬明細書等の写を活用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、必ず前もって貴職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、かつ遅滞なく貴職に届け出ること

(和暦)

年 月 日

被保険者

住 所

氏 名

㊞

サカイ引越センター健康保険組合理事長 殿