

健康保険 第三者の行為による傷病届

被保険者証の		記号	氏名	⑩	
		番号	現住所		
事業所		名称			
		所在地			
被扶養者が受けた事故の場合		氏名	続柄	年齢	才
加害者		氏名		勤務先	
		住所		勤務先住所	
事故内容	負傷年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃			
	発生場所				
	事故種別	交通事故・その他()			
	発生原因				
	その概況				
治療状況	医療機関名				
	住所				
	窓口負担金	被害者負担・加害者負担・その他()			
	治療開始日	令和 年 月 日 入院・通院			
	治療期間見込	入院 約 週間	ヵ月	通院 約 週間	ヵ月
	後遺症	ある・ある見込 ない・ない見込み			
賠償請求の意志		有・無(理由)			
示談状況		交渉中・示談成立 令和 年 月 日			
加害者及び保険会社からの損害賠償金の支払状況		損害賠償金支払	無・有 円		
		受領年月日	令和 年 月 日		
		支払者	保険会社・加害者		

この届に添えて提出する書類	
自動車事故	加害自動車に係る保険契約状況等
	事故発生状況報告書
	交通事故証明書(人身事故)
示談が成立している場合は示談書(写)	
示談が成立していない場合は念書	

令和 年 月 日

届出者氏名

⑩

加害自動車に係る保険契約状況等調

自賠責保険証明書番号		
契約保険会社	名称	
	所在地	
	担当者氏名	
	電話	
保険契約者	氏名	
	住所	
車 種		
使用の本拠地		
登録番号又は車種番号		
車体番号		
保険期間		自 令和 年 月 日
		至 令和 年 月 日
加害者運転手	氏名	
	住所	
保険契約者との関係		本人・譲受人・その他()
任意契約保険会社	証券番号	
	名称	
	所在地	
	担当者氏名	
	電話	
	契約者氏名	
	契約者住所	
	保険期間	自 令和 年 月 日
至 令和 年 月 日		

シチズン健康保険組合

理事長 殿

念 書

令和 年 月 日 (場所) に於いて

(加害者) の不法行為により (被害者)

の被った傷病について、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求権を健康保険法第57条の規定により、健康保険組合が給付の価格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。

尚、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、前もって貴職にその内容を申し立てること。
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場合は、受領月日、内容金額(評価額)を漏れなく、かつ、遅滞なく、貴職に届出ること。
4. 自賠償保険に被害者請求をする場合は、必ず、事前に貴職に連絡すること。

令和 年 月 日

住所

氏名

Ⓜ

事故発生状況報告書

保険証明書番号	第 号	当事者	甲(加害運転者)	氏名 (TEL)	
自動車の番号			乙(被害者)	氏名 (TEL)	運転、同乗歩行、その他
天候	晴、曇、雨、雪、霧	交通状況	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 してない	歩道(両、片)	ある ない	直線、カーブ
	平坦、坂	見通し	良 悪	い い	
信号又は標識	信号	ある ない	駐車禁止	されている されていない	その他の標識
速度	甲車両	km/h (制限速度)	乙車両	km/h (制限速度)	km/h
し事故下現場に於ける自動車と被害者との状況を図示	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい) <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"></div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> 自動車 相手車 進行方向 信号 一時停止 人間 自転車 オートバイ </div> </div>				
下書き図の説明を書いて					
令和 年 月 日					
報告者 甲との関係 () 乙との関係 ()					
(印)					