

健康保険 第三者の行為による傷病届

記入例

本人・家族

(その1)

○ 該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

被害者・加害者関係	健康保険証 記号と番号	記号 ××1	氏名	健保 太郎 (印)	
		番号	現住所	武蔵野市△町1-1-1	
	被保険者が勤務 している事業所	名称	横河電機 (株)		
		所在地	武蔵野市中町2-9-32 0424 TEL (52) 5111		
	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	氏名	保険 一夫	生年月日	明大昭平 40年 4月 1日
		現住所	三鷹市○町4-5-6 0424 TEL (××) ○○△△		
加害者の勤務先	名称又は 氏名	○×ホーム (株)	事業内 容又は 職業	建築業	
	所在地 又は住所	三鷹市○町4-5-6 0424 TEL (××) ○○△△			
	加害者の住所氏名 が判らないとき	その理由			
事故内容	傷病名	大腿骨骨折		発生 年月日	平成 17年 3月 1日 午前・ 後 10時 00分頃
	発生の場所	武蔵野市○町4丁目交差点			
	種別	自動車事故・ バイク 事故・ 殴打 自転車 刺傷 ・その他 ()			
	事故結果	即死・ 入院直後の死亡 入院中の死亡 (死亡 年 月 日) 治療			
	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	武蔵野 警察署		派出所	
	過失の度合	自分がなんぶ		相手がなんぶ	
0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10		0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10			

横河電機健康保険組合

この届に添えて 提出する書類	自動車のときは	1 交通事故証明書 (原本) 2 事故発生状況報告書 3 診断書 (写) 4 死亡の場合は戸籍謄本 および死亡診断書
		5 示談をしているときは 示談書の写

受付日付印

H17.04

【収集する個人情報について】

本届出に記入された個人情報は、本届出に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

○ 自動車事故であつて「事故発生状況報告書」を、この届に添えて提出するときは、この頁に記入する必要はありません。

事 故 発 生 の 状 況	加害者の行為によって生じた事故について加害者の行動および被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入してください。
	H17年3月1日午後10時頃、信号が青になった
	ので直進しようとしたところ、加害者の車が
	交差点より飛び出してきた（赤信号）、出合がしら
	に衝突した。
事 故 現 場 の 見 取 図	事故が発生した現場の見取図を記載してください。そして被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示して下さい。

加害者の加入状況 自動車	責任保険加入の有無	ある・ない		保険契約期間	自 平成 16年 4月 1日 至 平成 18年 4月 1日			
	保険加入証明書番号	第 54×× 号		契約者名	保険 一夫			
	契約保険会社	名称	○△火災海上保険株式会社					
示談状況	示談が成立した	交渉中		平成 17年 3月 20日		請求権を放棄した		
	示談が成立していない	現在		平成 年 月 日		現在		
	示談が成立していない理由			放棄した理由				
損害賠償の請求および支払状況	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は	した(請求者名) ・ しない ・ 請求中						
	加害者に対する賠償の請求	していない		した	年 月 日	治療費 円 休業補償 円 その他 円		
	損害賠償の種類	加害者直接賠償・保険会社からの賠償						
第三者(加害者)から損害賠償をうけたとき	賠償金の内訳	治療費(入院費を含む)						円
		休業補償費	自 平成 年 月 日 1日につき				円	
			至 平成 年 月 日 計				円	
		葬祭費						円
		慰籍料						円
		見舞金						円
		障害補償費						円
		その他						円
合計						円		
受領方法および年月日	全額	平成 年 月 日 受領						
	分割()回 払	第 1 回	平成 年 月 日		受領			
		第 2 回	平成 年 月 日		受領			
第 3 回		平成 年 月 日		受領				

治療状況をたき	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた・うけない	
	治療	医療機関	名称	○×クリニック
			所在地	武蔵野市○×1-1 TEL (0122 △△) ××××
	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他 ()		
	治療開始	平成 17年 3月 1日	入院	通院
	転帰	(平成 年 月 日 現在) 現在入院中・通院加療中・治癒・中止		
	入院治療期間	入院 自平成 17年 3月 1日 ~ 至平成 年 月 日		
		通院 自平成 年 月 日 ~ 至平成 年 月 日		
	後遺症	ある・ある見込・ない・ない見込		
	治療見込	平成 17年 3月 1日	から約	6 日 ぐらい



この欄は記入する必要ありません

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支 給 年 月 日	備 考
療養の給付	円	自 _____ 日間 至 _____		
療養費	円	マッサージ、コルセット 柔道整復術、輸血		
傷病手当金	円	自 _____ 日間 至 _____		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

念 書

事故年月日 場 所
平成 17年 3月 1日 (武蔵野市〇〇4丁目交差点) において

第三者 被害者
(保険一夫) の不法行為により (健保太郎) 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条第1項の規定によって保険者が

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、また、その受領に際し

「診療報酬明細書」(調剤報酬明細書を含む)の写しを求償先へ提出することに

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、あわせてつぎ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時は受領年月日、内容、金額(評価額)をもれなく、かつ遅延なく貴職に届け出ること。

平成 17年 3月 20日

住 所 武蔵野市△町1-1-1
被保険者
氏 名 健保 太郎



横河電機健康保険組合 理事長 殿