

健康保険 第三者の行為による傷病届

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 番号	氏名	(印)	
	被保険者が勤務 している事業所	名称 所在地	現住所	TEL ()	
	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	明大昭平 年 月 日	
	加害者	氏名	生年月日	明大昭平 年 月 日	
	加害者の勤務先	名称又は 氏名	事業内容 又は職業	TEL ()	
	加害者の住所氏名 が判らないとき	所在地 又は住所	その理由	TEL ()	
	傷病名	発生年月日	平成 年 月 日	午前・後 時 分頃	
発生場所					
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 (死亡 年 月 日)・治療 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	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		

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

横河電機健康保険組合

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。

事 故 発 生 の 状 況	<p>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。</p>
事 故 現 場 の 見 取 図	<p>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。</p>

○ 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。

加保 害險 者加 の入 自状 動況 動車	責任保險加入の有無	ある・ない	保期	自至	平成 平成	年 年	月 月	日 日
	保記 險加入証 号番号	第 号	契約者名					
	契約保險会社	名称						
示談 状況	示談が成立	交渉中	平成 年 月 日			請求権を放棄した		
	平成 年 月 日	成立していない	現在			平成 年 月 日		
		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險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	口頭 ・ 文書	治療費 休業補償 その他	円 円 円
	損害賠償の種類	加害者直接賠償・保險会社からの賠償						
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		
	治療をうけた	医療機関	名称		
			所在地	TEL ()	
	状況	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他 ()		
		治療開始	平成 年 月 日 入院 通院		
	たき	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 年 月 日 ~ 至平成 年 月 日 通院 自平成 年 月 日 ~ 至平成 年 月 日		
	き	後遺症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込		
		治療見込	平成 年 月 日 から約 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 年 月 日 () において

第三者 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 年 月 日

住 所
被保険者
氏 名

印