

常務理事	事務長	係 長	係 員

第三者行為による傷病届

--	--

被保険者証		記号	番号	フリガナ 被保険者氏名		
被保険者住所		〒 TEL（ ）ー				
事業所名				事業所所在地		
被扶養者が受けた事故の場合		フリガナ 氏名			被保険者との続柄	
負傷の日時		年 月 日		午前・午後	時	分頃
事故発生場所						
事故の形態		当方：徒歩・自転車・オートバイ・乗用車・同乗・その他() 相手：徒歩・自転車・オートバイ・乗用車・その他()				
負傷の詳細 (何をどうしているうちに どうした)		休日・休暇・出勤前・出勤途中・会社内・出張中・休み時間中・帰宅途中・帰宅後・その他				
事故相手の強制保険	事故時の運転者	氏名	住所 TEL（ ）ー			
	車両等の保有者		TEL（ ）ー			
	保険契約者		TEL（ ）ー			
	保険会社名	保険支店				
	保険会社住所	〒 TEL（ ）ー				
	証明書番号					
事故相手の任意保険	保険会社名	保険支店				
	保険会社住所	〒 TEL（ ）ー				
	証明書番号					
診療を受けた医療機関の名称・所在地			傷病名			
			初診年月日		年 月 日	
			自費・健保別 診療期間	自費 健保	年 月 日～	年 月 日
			治療見込	年 月 日～		年 月 日

この届に添付する書類	1. 交通事故証明書 2. 事故発生状況報告書 3. 念書（被害者用） 4. 念書（相手者用） 5. 相手者側の自動車損害賠償保険等の内容について
------------	---

事故発生状況報告書

自賠保険 証明書番号	第	号	当事者	甲(相手運転者)			
自動車番号			当事者	乙(被 害 者)			運転・同乗 歩行・その他
交通状況	混雑・普通・閑散	時刻	午前・午後 分		時	天候	晴・曇・雨・雪・霧
道 路 状 況 信号又は標識	<u>歩道(両・片)</u> ある・なし <u>直線・カーブ</u> <u>坂・見通し</u> よい・わるい						
	<u>信号</u> ある・なし <u>駐車禁止</u> 有・無 <u>一時停止</u> 有・無						
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を 図示してください。	事故発生状況略図(道路をmで記入してください。)						
上記の図について 説明してください。							

別紙交通事故証明書のほか、上記のとおりご報告します。

令和 年 月 日

甲との関係() 印

報告者

乙との関係() 印

念 書 (被害者用)

年 月 日 (事故発生場所) において (相手者)
の過失行為により (被害者) の被った保険事故について健康保険による
保険給付を受けた場合は、私が相手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。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 相手者と示談を行なおうとする場合は必ず前もって貴職にその内容を申出します。
2. 自動車損害賠償責任保険の内容を知らせるとともに請求の際は提出の月日を通報します。
3. 相手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出します。
4. 受診している病院等が変わったとき又は治療が終了したときは健康保険組合へ電話等で連絡します。

令和 年 月 日

住所

氏名

㊞

愛知紙商健康保険組合 殿

念 書 (相手者用)

年 月 日 (事故発生場所) において (相手者)
と (被害者) との間に発生した保険事故による被保険者等の損害について、
健康保険により給付を受けましたので、健康保険法第57条の規定により求償された
ときは、直ちにお支払いいたします。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 自動車損害賠償責任保険ならびに各種損害保険へ請求するときは事前に健康保険組合にその旨を報告します。
2. 被害者と示談を行なおうとする場合は必ず前もって貴職にその内容を申出します。

令和 年 月 日

相手者 住所
氏名 ⑩

連帯責任者 住所
氏名 ⑩

愛知紙商健康保険組合 殿

相手者側の自動車損害賠償保険等の内容について

保険の種類		自賠責保険			任意保険		
保険会社名							
保険証明書番号		第 号			第 号		
保険契約者	住所	TEL（ ） -			TEL（ ） -		
	氏名						
自動車	車種		都道府県別			都道府県別	
	登録(車両)番号						
	車台番号						
保険契約期間		自 至			自 至 保険金額 万円		
車輛保有者	住所	TEL（ ） -			TEL（ ） -		
	氏名						
保険会社の	所在地	〒			〒		
	名称						
	担当課						
	電話						
担当者氏名							
保有者と運転者の関係		本人・従業員・親族・その他（ ）			本人・従業員・親族・その他（ ）		