

第三者の行為による傷病届

日本電子健康保険組合理事長 殿

常務理事	事務長		扱 者

健康保険法施行規則第52条の規定により届け出ます。

平成 年 月 日

被保険者 住所

氏名 (印) (電話)

被保険者証 の記号番号	記号		被 保 険 者 の 勤務する事業所	所在地	(電話)		
	番号			名 称			
負傷者が被扶養者の ときはその者の 氏 名				明・大 昭・平	年 月 日生	被 保 険 者 との 続 柄	
事 故 発 生 年 月 日	平成 年 月 日 (曜)	事故 発生 場所	午前・午後 時 分頃	都道府県 市区町村 番地			
種 別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打・刺傷・その他 ()						
事 故 結 果	即死・入院直後／入院中の死亡 (死亡 年 月 日) ・治療						
警官の立合	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
事 故 発 生 の と き	どんな用件で (何をしているとき)					公 私 等 の 別	勤 務 中
							通 勤 (行き・帰り)
							私 用
	どこから・どこの途中 (どの場所で)						

(注) (イ) 自動車事故のときは、次の書類を提出して下さい。
1. 交通事故証明書 2. 診断書 3. 死亡の場合は戸籍謄本および示談書の写
4. 示談書の写 (成立していないときは不要)
(ロ) 負傷の原因が第三者行為による場合は裏面もご記入下さい。

加害者（相手方）の	氏 名				現住所	TEL ()				
	職業（勤務先）				所在地	TEL ()				
	自動車 事故の 場合の	自動車損害 保険会社の	名 称	火災海上 海上火災			支店	証 明 書 番 号	第 号	
			所在地							
		保険期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで							
		保 險 契 約 者	住所	TEL()			氏名			
		保 有 者	住所	TEL()			氏名			
		運転者（加害者）	住所	TEL()			氏名			
		保険契約者と運転者との関係		本人、親族、従業員、友人、その他 ()						
		登 録 番 号			車 名 番 号					
任意保険加入の有・無		証明書番号	第 号	保険会社名						
治 療 の 状 況	医療機関の名称		住 所		治療を受けた期間	治療費の種別	入院、 入院外の別	今後の 治療の見込み		
					自 年 月 日 至 年 月 日	社保、国保 自賠、自費		約 日 ぐ 月 らい		
					自 年 月 日 至 年 月 日	社保、国保 自賠、自費		約 日 ぐ 月 らい		
					自 年 月 日 至 年 月 日	社保、国保 自賠、自費		約 日 ぐ 月 らい		
					自 年 月 日 至 年 月 日	社保、国保 自賠、自費		約 日 ぐ 月 らい		
相手方との 示談状況	成立している		平成 年 月 日 成立 (示談書の写しを添付のこと)							
	交 渉 中		(示談の進み具合、内容を記入のこと)							
	成 立 し な い		(成立しない理由を記入のこと)							

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 電話	
自動車の番号			乙（被害者）	氏名 電話	
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	良い 悪い	積雪路 凍結路
信号又は標識	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	甲車輛	Km/h（制限速度		Km/h）	
	乙車輛	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下さい。	事故発生状況略図（道路幅をmで記入して下さい）				
	甲 車  甲車以外の車  進行方向  信 号  一時停止  人 間  自 転 車  オートバイ  甲 車 甲車以外の車 進行方向 信 号 一時停止 人 間 自 転 車 オートバイ				
上記図の説明を 書いて下さい。					

甲車以外の車について判明している場合、ご記入下さい。

自動車の 番 号		運 転 者	氏名 (電話)
保 有 者	〒 住所	氏名	(電話)

平成 年 月 日

報告者 甲との関係（ ）
乙との関係（ ） 氏名 ㊟

念 書

(事故月日) (事故発生場所) (加害者名)
平成 年 月 日 _____において _____の不法
(負傷者名)
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条の規定によって日
本電子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、ま
た、その受領に際し「診療報酬明細書(医科・歯科・調剤)」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。
4. 自動車事故の場合は、自賠責保険に被害者請求をする場合には、必ず前もって貴職にその内
容を申し出ること。
5. 治癒または症状が固定(後遺症認定)した場合は、速やかに貴職にその内容を申し出ること。

平成 年 月 日

日本電子健康保険組合理事長 殿

被保険者 住所
氏名

印

負傷者 住所
氏名

印