

健康保険 第三者行為による傷病届

(その1)

本人 ・ 家族

令和 年 月 日

被害者加害者関係	被保険者の	記号	番号	氏名	生年月日	昭和・平成 (歳)	年月日
	被保険者の現住所	〒			日中連絡の取れる電話番号		
					TEL ()		
	被保険者の勤務先	名称	所在地	〒			
	負傷者が被扶養者であるときは、その方の	氏名	生年月日	昭・平・令 (歳)	続柄	年月日	
	加害者の	氏名	生年月日	昭・平・令 (歳)	職業	年月日	
	加害者の現住所	〒			日中連絡の取れる電話番号		
					TEL ()		
加害者の勤務先	名称	所在地	〒		事業内容		
加害者の住所氏名が判らないとき、その理由							
事故の内容	傷病名						
	発生年月日	平成 令和	年	月	日 (曜日)	午前・午後	時 分頃
	発生の状況	1. 勤務中 2. 出勤途中 3. 退勤途中 (直行・寄り道あり) 4. 出張または仕事の外出時 5. 休憩中の外出時 6. 休日の外出時 7. その他 ()					
	発生場所						
	種別	自動車事故 ・ バイク 事故 ・ 暴行 ・ その他 () 自動車					
	事故結果	即死 ・ 入院直後の死亡 死亡日 (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		
過失の割合	(自分)被害者がなんぶ			(相手)加害者がなんぶ			
	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10			0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10			

*該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

この届書に添えて提出する書類	交通事故の場合	1 「交通事故証明書」 (「人身事故」扱いのもの) (*) 「物損事故」で処理した場合は、別途「人身事故証明書入手不能理由書」の提出が必要となります。
		2 「診断書」の写し
		3 (死亡事故の場合のみ) 戸籍謄本および死亡診断書
		4 (示談しているときは) 「示談書」の写し

受付印

* 示談をする前に必ず事前に健保組合へご連絡ください

示談状況	示談が成立	交渉中	平成 年 月 日現在		請求権を放棄した	
	平成 年 月 日 令和	成立していない 放棄した理由	令和	年 月 日	平・令 年 月 日	
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（請求者氏名 _____） ・ していない ・ 申請中				
	加害者に対する賠償金の請求	していない ・ _____ 年 月 日 口頭 ・ 文書	治療費	円		
損害賠償の請求および支払状況	損害賠償の種類	加害者直接賠償 ・ 保険会社からの賠償				
	賠償金の内訳	治療費 (入院費を含む)				円
		休業補償費	1日につき			円
			自) 平成・令和 年 月 日 至) 平成・令和 年 月 日			日分
					計	円
		葬祭費				円
		慰謝料				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・令和 年 月 日 受領				
	分割 () 回払	第1回	円	年 月 日	受領	
		第2回	円	年 月 日	受領	
		第3回	円	年 月 日	受領	

* 提出日現在の示談の状況を記入してください

* 加害者から損害賠償を受けたときは必ず記入してください

損害賠償責任保険契約内容 (相手方の車両)

1. 自動車・バイクの事故の場合

		自 賠 責 保 険	任 意 保 険 (対 人)	
(フリガナ)				
保険会社名称				
証 書 番 号				
保険契約期間		自平成・令和 年 月 日 至平成・令和 年 月 日	自平成・令和 年 月 日 至平成・令和 年 月 日	
契約者	住 所	〒 TEL	〒 TEL	
	(フリガナ)			
	氏 名			
保有者	住 所	〒 TEL	〒 TEL	
	(フリガナ)			
	氏 名			
取扱窓口	所 在 地	〒 TEL	〒 TEL	
	(フリガナ)			
	名 称			
	(フリガナ)			
	担 当 者 名			
自動車の種別			登録No.	
			車台No.	

2. 自動車・バイク事故以外の場合

保険会社	名 称		種 別	
	証書番号			
保険契約期間		(自) 平・令 年 月 日 ~ (至) 平・令 年 月 日		
契約者	住 所	〒 TEL		
	(フリガナ)			
	氏 名			
取扱窓口	所 在 地	〒 TEL		
	(フリガナ)			
	名 称			
	(フリガナ)			
	担 当 者 名			

治 療 の 状 況

この事故で医師の治療を受けましたか	うけた ・ うけない				
治療を受けたとき	医療機関	名 称			
		所在地	〒		
			TEL		
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担分 ・ 自 費 ・ その他 ()			
	治療開始	平成 令和	年	月	日 入院 ・ 通院
	転 帰	平成 ・ 令和	年	月	日 現在 現在入院中 ・ 通院中 ・ 治療 ・ 中止
	治療期間	入院 (自)	平 ・ 令	年	月 日 ~ (至) 平 ・ 令 年 月 日
	通院 (自)	平 ・ 令	年	月 日 ~ (至) 平 ・ 令 年 月 日	
後 遺 症	あ る ・ ある見込み ・ な い ・ ない見込み				
治療見込	平成 ・ 令和	年	月	日 から 約 ぐらい	



この欄は記入する必要はありません

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 柔道整復施術 ・ 輸血		
傷 病 手 当 金	円	自 日間 至		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

念書（兼同意書）

事故発生年月日		事故発生場所	
被害者氏名		加害者氏名	

1. 上記事故に関して、健康保険法による保険給付を請求するにあたり、以下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、必ず前もって東京不動産健康保険組合に連絡すること。

(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ときは、受領の年月日、内容金額（評価額）等を漏れなく、かつ遅滞なく東京不動産健康保険組合に連絡すること。また、東京不動産健康保険組合が加害者に受領年月日、金額、内容等を照会すること。

2. 上記事故に関して、私が加害者に行った示談の内容によっては、健康保険法による保険給付を受けられない場合があることについては承知しました。

3. 上記事故に関して、健康保険法による保険給付を受けた場合には、私の有する損害賠償請求権及び保険会社等に対する被害者請求権を東京不動産健康保険組合が保険給付の価額の限度で取得し、損害賠償金を受領することについては承知しました。

4. 上記事故に関して、私の個人情報及びこの念書（兼同意書）の取扱いにつき、以下の事項に同意します。

(1) 東京不動産健康保険組合が、保険給付及び上記事故による求償業務に関して必要な事項（[診療報酬明細書]等の保険給付額の算出基礎となる資料）について、保険会社を含む加害者に対して提供すること。

(2) 東京不動産健康保険組合が上記事故の損害賠償請求に関して、加害者の保険会社等から受けた金品の有無およびその金額、内訳等について、保険会社等から情報を受けること。

(3) 東京不動産健康保険組合が損害賠償請求を目的として、「第三者行為による傷病届」に記載されている被保険者もしくは被扶養者である被害者の個人情報を利用するとともに、治療を受けた医療機関及び損害保険会社等から被害者の個人情報を取得すること。

(4) この念書（兼同意書）を損害保険会社等に提出すること。

令和 年 月 日

住所

氏名

Ⓔ

東京不動産健康保険組合 理事長 殿