

第三者の行為による傷病届

健康保険被保険者証の 記 号 番 号	第 号	被 保 険 者 の 氏 名	
事 業 所 の 所 在 地			
事 業 所 の 名 称	電 話		
発病又は負傷した者 (被 害 者) の 氏 名			被 保 険 者 と の 続 柄
発病又は負傷年月日	年 月 日	午前 午後	時 分
発病又は負傷の場所	市 郡	区 町	番地 付近
発病又は負傷したときの 状況及び程度(どの ようにして負傷(発病) したか、そのときどの ような仕事をしていた か、負傷(病気)はど の程度かを記入するこ と)			
第三者(加害者)の 住所及び氏名等	(住所) (職名)	(氏名)	電話
第三者(加害者)の 勤務する事業所の 所在地及び名称	(所在地) (名 称)		電話
保険診療を受けた保険 医療機関の所在地 及び名称	(所在地) (名 称)		
保険診療を受けた期間	年 月 日 開始 年 月 日 (終了、中止、継続中)		
示 談 の 有 無	有 ・ 無 交 渉 中 (成 立 見 込 年 月 日)		
自賠法による損害賠償 の 請 求 状 況	年 月 日 請 求	請 求 予 定	請 求 し な い
損 害 賠 償 金 の 受 領	第 1 回	年 月 日	円
	第 2 回	年 月 日	円
	第 3 回	年 月 日	円

自動車等乗車中負傷したときは、この欄に記入すること	ナンバー	車種
	免許証の有無	有 無
	免許証の番号	

上記のとおりお届けします。

年 月 日

被保険者の住所

および氏名

印

神奈川県電子電気機器健康保険組合

理事長 殿

添付書類

1. 示談が成立しているときは、示談書の写 1通

2. 自動車事故によるとき

(1) 事故取扱警察署の事故証明書 1通

(2) 自動車損害賠償保険責任保険証明書の写 1通

(この証明書は、自動車の保有者が所持しています。)

(3) 念書 1通

(4) 死亡の場合には、死体検案書、又は死亡診断書 1通

(5) 死亡者の戸籍謄本 1通

備考

被保険者が死亡したときは、家族の方が代って届出てください。

事故発生状況報告書

甲 (加害運転者) 氏 名		乙 (被害者) 氏 名		運転・同乗 { 加害車 他方車 歩行・その他 ()			
該当項目に○印等を記してください	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	
	進路状況	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・坂道			
	信号又は標識	信 号 { ある { ない	積雪・凍結 環 境 { 商店街・住宅街・田園 (郊外) { 国道・バイパス・山間地・その他 ()				
	速 度	加害車 km/h (制限速度 km/h), 他方車 km/h (制限速度 km/h)					
事故現場に於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 (道路幅をmで記入してください)						
上記図の説明を	加 害 車 他 方 車 進 行 方 向 信 号 一 時 停 止 人 間 自 転 車 } オートバイ }						
示談成立の有無							
有一成立年月日 年 月 日 : 無 示談が成立したときは示談書の写を添付のこと。							

上記のとおりご報告申し上げます。

年 月 日

届出人と被害者との
続柄関係

届出人住所及び氏名

印

念 書

年 月 日 () において () 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 条の規定によって当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. 加害者と示談を行な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、かつ遅滞なく当組合に届出ること。
4. 第三者の行為による傷病届に記載されている情報は、個人情報保護に関する法律に定める個人情報にあたるため、この届の目的に使用することを同意します。

また、当組合が保険給付を行った限度で加害者又は損害保険会社に損害賠償を請求する際は、診療報酬明細書（写）を提出することに同意します。

年 月 日

住 所
氏 名 印

神奈川県電子電気機器健康保険組合

理 事 長 殿

誓 約 書

今般、貴組合の被保険者 殿の被扶養者（続柄 ）
殿に関する交通事故による診療について、貴組合の保険を使用させていただくにつき、下記のとおり誓約いたします。

記

平成 年 月 日発生 of 交通事故につき、保険給付費を貴組合よりご請求がありしだい速やかに全額お支払いすることを誓約いたします。

平成 年 月 日

神奈川県電子電気機器健康保険組合

理 事 長 殿

加害者 住所
氏名

印

申 出 書

平成 年 月 日、私が交通事故のため負傷し、健康保険法の適用を受けておりますので、神奈川県電子電気機器健康保険組合より保険給付費の請求がありました場合、他に優先してお支払いくださるようお願いいたします。

平成 年 月 日

氏名

印

(契約保険会社宛)

御中

〔 健保 番号 第 号 〕
記号

殿

神奈川県電子電気機器健康保険組合

負傷の原因について

あなたは、 年 月 日から（傷病名）
の傷病で 病（医）院、診療所にて健康保険の診療を受けていますが、
負傷原因、状況などを承知したいので、下記に記入のうえ折返しご回答ください。
（当組合は、この届書に記載されている情報を、この届の目的以外には使用いたしません。）

氏名 _____ 印 _____ 電話 _____（ _____ ）

住所 _____

職種（業務内容を具体的に）: _____

質問事項	回答事項
いつ負傷をしましたか	年 月 日 曜日 午前 午後 時 分（頃）
どこで負傷をしましたか
その時、何をしていた どのようにして、負傷 をしましたか
負傷は次のうちのどの 時ですか	<input type="checkbox"/> 業務についている <input type="checkbox"/> 通勤時（出退勤を含む） <input type="checkbox"/> 業務についていない
他人に負傷をさせられた ときはその人の	住所 〒 氏名 _____（電話 - - ）職業 勤務先 _____（電話 - - ） 住所 〒 交通事故のときは 保険会社名 自賠責保険の 証明書番号 保険契約者
その負傷で損害賠償を 請求しましたか	した（内容は別紙で）、しない（これから請求する・しない）
保険診療を受けたときは その期間と病院等の 名称	期間 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 期間 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 通院 年 月 日 ~ 年 月 日 通院 年 月 日 ~ 年 月 日 名称 名称 住所 住所

（注）負傷原因が第三者の行為により生じた時は、この届のほか「第三者の行為による傷病届」一式が必要です。