

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	0 0 0 0 第 0 0 0 0 号	被 保 険 者 の 氏 名	日 本 太 郎
事 業 所 の 所 在 地	〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1		
事 業 所 の 名 称	〇〇〇〇株式会社		電 話 0 0 0 - 0 0 0 - 0 0 0 0
発病又は負傷した者 (被害者)の氏名	日 本 太 郎	被 保 険 者 と の 続 柄	本 人
発病又は負傷年月日	平 成 1 5 年	4 月	2 1 日 午前 9 時 3 0 分 午後
発病又は負傷の場所	×× 市	区	×× 町 1 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)	バイクに乗っていて、黄点減の交差点を直進したところ、 赤点減側より進入した四輪車と出会い頭に衝突しました。 衝突後、バランスを崩して、進行方向左側のフェンスに 衝突・転倒し、右腕を骨折しました。		
第三者(加害者)の 住所及び氏名等	(住所) △△市△△町1-1-1 (職名) 会社員 (氏名) 加害 一郎 電話 0 0 0 - 0 0 0 - 0 0 0 0		
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) ××市××町1-1-1 (名 称) ××××株式会社 電話 0 0 0 - 0 0 0 - 0 0 0 0		
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) 〇〇市〇〇町1-1 (名 称) 〇〇〇〇病院		
保険診療を受けた期間	1 5 年 4 月 2 1 日 開始 1 5 年 4 月 2 5 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	1 5 年 4 月 2 4 日 請 求 請求予定 請求しない 請求先保険会社 〇〇〇〇生命		
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	111-111	車種	〇〇〇〇
	免許証の有無	有	無	
	免許証の番号	11111111		

上記のとおりお届けします。

15年 4月 26日

被保険者の住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1

および氏名 日本 太郎

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

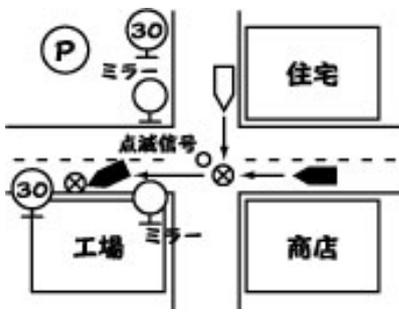
(4) 死亡の場合には、死体検案書、又は死亡診断書 1通

(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	加害 太郎	乙（被害者） 氏名	日本 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 運転・同乗 <small>{ 加害車 他方車</small> <input type="checkbox"/> 歩行・その他 ()		
該当項目に○印等を記してください	天 候	晴・曇・ <input checked="" type="checkbox"/> 雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・ <input checked="" type="checkbox"/> 閑散	明 暗	昼間・ <input checked="" type="checkbox"/> 夜間・明け方・夕方
	道 路 状 況	舗 装	<input checked="" type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない	歩道 <input checked="" type="checkbox"/> (両・片)	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> 直線・カーブ 平坦・坂道
		見 通 し	<input checked="" type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い	積雪・凍結	環 境	<input type="checkbox"/> 商店街・住宅街・田園 (郊外) <input checked="" type="checkbox"/> 国道・バイパス・山開地・その他 ()
	信号又は標識	信 号	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	駐・停車禁止	<input checked="" type="checkbox"/> されている <input type="checkbox"/> されていない	その他標識 ()
速 度	加害車 50 km/h (制限速度 60 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。） <div style="text-align: center;">  <p>(道路幅：15m)</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">加 害 車</div><input checked="" type="checkbox"/></div> <div style="margin-right: 10px;">他 方 車</div> <input type="checkbox"/>					

進 行 方 向

信 号

一 時 停 止

人 間

自 転 車 } オートバイ

上記のとおりご報告申し上げます。

平成15年 4月 26日

届出人と被害者との
続柄関係 本人

届出人住所及び氏名 日本 太郎

日本印

念 書

平成15年 4月21日（ ××市××町1番地付近 ）において（ 加害 一郎 ）の不法行為により（ 日本 太郎 ）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。

平成15年 4月 26日

住 所 ○○県○○市○○町1-1-1
氏 名 日本 太郎

印

神奈川県電子電気機器健康保険組合

理 事 長 殿

申 出 書

平成 15年 4月 21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15年 4月26日

氏名 日本 太郎



(契約保険会社宛)

〇〇〇〇生命

御中