

健康保険 第三者の行為による傷病届

(その1)

被害者・加害者関係	被保険者証 記号・番号	記号	氏名	④	
		番号	住所		
	被害者が勤務している事業所	名称			
		所在地	TEL ( )		
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名			
	加害者	氏名			
現住所		TEL ( )			
加害者の勤務先	名称または氏名				
	所在地または住所	TEL ( )			
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	年 月 日		
	発生場所				
	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・入院中(直後)の死亡(死亡 年 月 日)・治療			
	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		
	過失の度合	自分がなんぶ	相手方がなんぶ		
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○でかこみ必要事項は記入してください

この届出に添えて提出する書類	自動車事故のときは	1.自動車事故証明書 2.事故発生状況報告書
		3.診断書 4.死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書 5.示談をしているときは示談書の写 6.示談が成立していないときは念書

受付年月日

事故発生状況	加害者の行為によって生じた事故について加害者の行動および被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入してください。
事故現場の見取り図	事故が発生した場所の見取り図を記載してください。そして被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示してください。

(その2)

加害者の加入状況 自動車保険	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日
	保険加入証明番号	第 号	契約者氏名	
	契約保険会社	名称 所在地	Tel ( )	
	示談状況	示談が成立した年月日	交渉中 年月日 現在	請求権を放棄した年月日
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(請求者名 )・しない・請求中		
	加害者に対する損害賠償の請求	していない・した	年月日	治療費 円 休業補償 円 その他 円
	損害賠償の種類	加害者直接賠償・保険会社からの賠償		
第三者へ加害者Vから損害賠償を受けたとき	賠償金の内訳	治療費(入院費を含む)		円
		休業補償費	(自 年月日)日につき (至 年月日)計	円
		葬祭費		円
		慰藉料		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		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		

治療	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
支払方法		健康保険・加害者負担・自費・その他( )
治療開始		年 月 日 入院 通院
転 帰		( 年 月 日現在) 現在入院中・通院加療中・治癒・中止
入通院治療期間		入院 自 年 月 日～至 年 月 日 通院 自 年 月 日～至 年 月 日
状況	後遺症	ある・ある見込・ない・ない見込
	治療見込	年 月 日から、約 日 ぐらい



※本届出に記入された個人情報、当健康保険組合個人情報保護方針に定める事業にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

## 念 書

下記の事故について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者に対し有する損害賠償請求権を、健康保険法第67条の規定によってHOYA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. 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時は、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。

### 記

事故年月日	年 月 日
事故の場所	
被害者氏名及び続柄	(続柄 )
加害者氏名	

年 月 日

HOYA健康保険組合  
理事長 中川 知子 殿

住 所

被保険者氏名 (印)  
(健保記号番号 - )

## 確 約 書

下記の交通事故による傷病について、被害者が、貴健康保険組合における保険診療を受けております。当該傷病における医療費等は、貴組合が保険給付をおこなった範囲内で全額を、損害賠償致します。以上、確約致します。

年 月 日

1. 事故日	年 月 日
2. 事故場所	
3. 被害者氏名	
4. HOYA健康保険組合の被保険者(記号・番号)	(記号 番号 )
5. 被害者と被保険者との続柄	
6. 加害者氏名	

支払義務者(損害保険会社)

(印)

支払義務者(加害者)  
住 所

氏 名 (印)  
(親権者)

HOYA健康保険組合

理事長 中川 知子 殿