

### 第三者行為による傷病届

届出者	記号番号	—	被保険者氏名	(印)				
	住所	〒 — TEL ( )						
被害者	氏名		続柄		生年月日	年 月 日		
	住所	〒 — TEL ( )						
加害者	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日		
	住所	〒 — TEL ( )						
	職種		勤務先名					
	勤務先住所	〒 — TEL ( )						
事故発生	日時	年 月 日		午前・午後	時 分頃			
	場所							
	経緯等	何のために(目的)						
		どこからどこへ行くときに						
		どこで(場所)						
何をしていた(原因)								
どうなったか(内容)								
自賠責保険 (加害者)	保険会社名				証明書番号			
	契約者名				車両番号			
任意保険 (加害者)	保険会社名				担当者名			
	取扱店住所	〒 — TEL ( )						
	契約者名				任意一括の有無	有・無		
	契約者住所	〒 — TEL ( )						
被害者が加入する保険 会社関与の有無(注)	有・無	保険会社名				担当者名		
		取扱店住所	〒 — TEL ( )					
診療状況	診療機関名				診療開始日	年 月 日	入院の有無	有・無
	所在地	〒 — TEL ( )						
	診療機関名				診療開始日	年 月 日	入院の有無	有・無
	所在地	〒 — TEL ( )						

添付書類：車両による事故については「交通事故証明書」（物件事故の場合は別に「人身事故入手不能理由書」が必要）「事故発生状況報告書」「同意書」及び示談を行った場合は「示談書（写）」

# 事故発生状況報告書

事故証明書番号	第 号	当事者	甲 (加害者)	氏名		
車両番号			乙 (被害者)	氏名	運転・同乗 歩行・その他	
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	補装(してある・してない)・歩道(ある・ない)・道路の見通し(良い・悪い) 中央車線(ある・ない)・道路の状態(直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路)					
信号又は標識	信号(ある・ない)・自転車側信号(青・赤・黄)・相手方信号(青・赤・黄) 駐停車禁止(されている・されていない)・その他標識( )					
速 度	甲車両 Km/h (制限速度 Km/h) ・ 乙車両 Km/h (制限速度 Km/h)					
事故現場状況図	(右の記号を使って乙の立場で記入して下さい。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入して下さい。)					
	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end; gap: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;">自車(乙) </div> <div style="display: flex; align-items: center;">相手車(甲) </div> <div style="display: flex; align-items: center;">進行方向 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">信号 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">一時停止 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">人 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">自転車 バイク </div> </div>					
事故発生の状況(経緯)						
被害者の状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他( )				
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他( ) ※勤務時間や通勤はパート・アルバイトなども含みます。勤務形態は問いません。				
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )				
	労災特別加入の有無 ※代表取締役や会社役員等が加入する労災保険			(被害者が代表取締役や会社役員等の場合のみ記入) 有 ・ 無		
上記内容に間違いありません。						
平成 年 月 日			届出者(被保険者):		⑩	

同 意 書

私が加害者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第57条の規定により、貴健康保険組合が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、貴健康保険組合が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、貴健康保険組合は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者（保険会社）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

平成 年 月 日

住 所

被保険者氏名

印

被扶養者氏名

印

※被扶養者が受けた事故であるときは連名でご記入ください。  
※被扶養者が未成年者等の場合には法定代理人が記入してください。