

健康保険 第3者の行為による傷病届

本人・家族

(その1)

被害者・加害者関係	被保険者証 記号と番号	記号	氏名			印
		番号	現住所			
	被害者が勤務し ている事業所	名称				
		所在地				
	被扶養者がうけ た事故であるとき	氏名		被保険者 との続柄		
		加害者	氏名		生年月日	明大昭 年 月 日
	加害者の勤務先	現住所				
		名称又は 氏名		事業内容 又は職業		
		所在地 又は住所				
	加害者の住所氏 名が判らないとき	その理由				
事故内容	傷病名		発生 年月日	平成 年 月 日 午前・後 時 分頃		
	発生の場所					
	種別	自動車事故・バイク 事故・ 殴打 自転車 刺傷 ・その他 ( )				
	事故結果	即死・ 入院直後の死亡 (死亡 年 月 日)・ 治療 入院中の死亡				
	警察官の立ち会い	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。

この届に添えて 提出する書類	自動車のときは	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

( 受付日付印 )

治療 状況を 受け た と き	この事故で医師の治療を受けましたか		う け た ・ う け な い		
	医療機関	名 称			
		所在地	TEL ( )		
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自 費 ・ その他 ( )			
	治療開始	平成 年 月 日	入院	退院	
	転 帰	(平成 年 月 日 現在) 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治 癒 ・ 中 止			
	入院治療期間	入院 自平成 年 月 日 通院 自平成 年 月 日	～至平成 年 月 日 ～至平成 年 月 日		
	後 遺 症	あ る ・ ある見込 ・ な い ・ ない見込			
治療見込	平成 年 月 日から約 日 位				

\*\*\*\*\*

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			
合 計	円			

加保 害者 加入 の自 状 動 況 車	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	
	保険加入証明記号番号	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	交渉中	平成 年 月 日	請求権を放棄した	
	平成 年 月 日	成立していない	現在	平成 年 月 日	
		示談が成立していない理由		放棄した理由	
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 口頭 ・ 文書	治療費 円 休業補償 円 その他 円	
	第三者(加害者)から損害賠償を受けたとき	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	自平成 年 月 日1日につき	円
				日分	
			至平成 年 月 日 計		円
			葬祭費		円
			慰籍料		円
			見舞金		円
損害賠償費			円		
その他		円			
合計		円			
受領方法 および年月日	全額	平成 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		

自動車損害賠償保険契約等の内容について

保険の種類		自 賠 責 保 険			任 意 保 険		
契約内容		第 号			第 号		
自動車保険証明番号		第 号			第 号		
保 險 会 社 又は共済連盟							
保険契約者	住所						
	氏名						
自動車の	種別		府県別			府県別	
	登 録 (車両) 番 号						
	車台 番号						
保 險 契 約 期 間		自 平成 年 月 日 間 至 平成 年 月 日			自 平成 年 月 日 間 至 平成 年 月 日		
車 両 の 保 有 者	住 所	連絡先電話 ( )			連絡先電話 ( )		
	氏 名						
損害賠償金 支払請求店	所在地	〒			〒		
	名称 及び 担当課						
	担当 者名						
	電話	( )			( )		

事 故 発 生 の 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。
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
事 故 現 場 の 見 取 図	事故が発生した場所の見取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下さい。
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

○自動車事故であって「事故発生状況報告書」を、この届に添えて提出するときは、この頁に記入する必要はありません。

## 事故発生状況報告書

保険証明書番	第	号	当 事 者	甲 (加害運転者)	氏名 (電話)
自動車の番号				乙 (被 害 者)	氏名 (電話)  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	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	見通し	良い 悪い	積雪路 凍結路
信号又は標識	信号	ある ない	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	k m/h(制限速度	k m/h)	乙車両	k m/h(制限速度 k m/h)
図示して下さい。 事故現場に於ける自動車と被害者の状況を	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい。)				
上記図の説明を 書いてください。	<div style="float: right; text-align: right;">           自転車   相手車   進行方向   信号   一時停止   人間   自転車   オートバイ  </div>				

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

平成 年 月 日

報告者 甲との関係 ( )  
乙との関係 ( )



# 診 断 書

(様式第 10 号の2)

	住 所						
傷 病 者	氏 名	男 女	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	生 ( 才 )
傷病名及び態様							
入院治療	日間			平成	年	月	日
自平成 年 月 日 至平成 年 月 日		を要す					
通院治療	日間	〔 内治療 実日数 日 〕					
自平成 年 月 日 至平成 年 月 日		を要す		治 ゆ 見 込 治 ゆ し た			
付添看護を 要す 要せず				理由			
期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日			日 間			
後遺症内容 (精神・神経・運動に障害を残す場合には特に詳記願います。)							
(労働者災害補償保険 級別 級 号に該当)							

上記の通り診断致します。

平成 年 月 日

所 在 地

名 称

医師氏名



この診断書は自動車損害賠償責任保険の調査資料にいたしますのでなるべくこの用紙をご使用下さい。

なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

## 念 書 (兼同意書)

(場所)

(加害者氏名)

平成 年 月 日 において の不法行為  
により(被害者氏名) の被った傷病について、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、花王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、つぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談をおこなう場合は、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、受領月日、内容金額(評価額)をもれなく、か  
つ遅滞なく貴職に届出ること。
4. 当該事故にかかる傷病が治癒したときは、すみやかに申し出ます。

私は、次の項目に同意いたします。

1. 花王健康保険組合が損害賠償請求を行う際、診療報酬明細書(レセプト)の写しを  
損害保険会社及び自賠責保険の窓口提供すること。

平成 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

印