「　第三者の行為による傷病届　」について

《　届用紙記入上の注意　》

1．この届は本人または家族が、第三者の不法行為（交通事故等）で負傷病し、健康保険で治療を受けることとなったときに、速やかに健康保険組合に提出してください。

2．加害者不明の場合は、わかる範囲で記入してください。

3．念書には被保険者本人の住所・氏名を署名捺印してください。

4．事故発生状況報告書に事故の状況を詳しく記入してください。

＊　健康保険において「被害者」とは機缶健康保険組合加入者で健康保険で治療を受けることになった方のことを言います。事故の過失の割合でいうところの被害者・加害者とは異なりますのでご注意ください。

《　添付書類について　》

●　交通事故証明書（「写し」可）…　安全運転センターで発行されます。
最寄りの警察署・派出所にも「交通事故証明書交付申請書」が備えられています。

◎　示談が成立している場合は　…　示談書の写し
なお、示談は慎重にされないと、ご自身が不利になる場合がありますので、ご注意ください。

＊　この届を提出して健康保険の保険給付を受けた時は、その給付の価額の限度において当健康保険組合が加害者や損害保険会社に対して損害賠償請求権を代位取得することになります。
（健康保険法第57条）
なお、その際には診療報酬明細書等の写しを資料として使用いたしますことをご了承ください。

《　問合せ・提出先　》

機缶健康保険組合　　業務課審査係　03（3685）7931

第三者の行為による傷病届

提出年月日　　年　　月　　日

被保険者等記号番号	―		被保険者名	
住　所	〒 日中連絡の取れる電話番号（　　）			
被保険者が勤務している事業所	名　称			
	所在地	〒 電話番号（　　）		
事故に遭った方	氏名		被保険者との続柄	
事故内容について	傷　病　名			
	発生年月日	年　　月　　日　午前　・　午後　　時　　分頃		
	発生の場所			
	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	治療（ 入院 ・ 通院 ） ・ 死亡（ 死亡日　　年　　月　　日）		
	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		
相手方について	氏　名		生年月日	年　　月　　日
	住　所	〒 連絡先電話番号（　　）		
	業務中・外の別	業務中　・　業務外		
	業務中の事故の場合	勤務先事業所名称		
		所　在　地	〒 電話番号（　　）	
	未成年者の場合	親権者の氏名		
		親権者の住所	〒 連絡先電話番号（　　）	
	氏名・住所がわからない時はその理由			

※受付日付印

この届に添えて提出する書類	1　自動車事故証明書 2　1が「物件事故」の場合「人身事故証明書入手不能理由書」 3　死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書 4　示談をしている時はその写し

治療状況	この事故で 医師 ・ 歯科医師 ・ 柔道整復師 等の治療を受けましたか			受けた ・ 受けない
	医療機関	名 称		
		所在地		
	治療開始	年 月 日 から 入院 ・ 通院		
	転帰	(年 月 日現在) 入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止		
	治療見込	年 月 日 頃 終了見込み		
	後遺症	ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み		
	支払方法	健康保険使用 ・ 相手方負担 ・ 自費 ・ その他 ( )		
相手方に対する損害賠償の請求について	請求した時	い つ	年 月 日	
		方 法	口 頭 ・ 文 書	
		内 訳	治療費 円・ 休業補償 円・ その他 円	
	損害賠償を受けた時	種 類	相手方直接賠償（支払） ・ 保険会社からの賠償（支払）	
		内 訳	治療費(入院費を含む)	円
			慰 謝 料	円
			見 舞 金	円
			障 害 補 償 費	円
			葬 祭 費	円
			そ の 他	円
	受領方法および年月日	全 額	年 月 日	円
		分 割	年 月 日	円
			年 月 日	円
		(回払い)	年 月 日	円
休業補償を受けた時	年 月 日 ～ 年 月 日 の 日分（１日につき 円)			
	当てはまる項目に☑してください			
	☐ 相手方が負担			
	☐ 事業所から支給			
	☐ 自動車保険（自賠責・任意）へ請求			
	☐ 当方加入の人身傷害補償保険へ請求			
示談状況	当てはまる項目に☑してください			
	☐ 示談成立	(年 月 日)		
	☐ 交渉中			
	☐ 成立していない	(その理由)		
	☐ 放棄した	(その理由)		
	☐ 放棄する予定	(その理由)		

念　　書

年　　月　　日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（場　所）において ＿＿＿＿＿＿（相手方氏名）の

不法行為により ＿＿＿＿＿＿（当方氏名）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、健康保険法５７条の規定によって、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を健康保険の給付の限度において組合が取得し、かつ賠償金を受領することに意義のないことを、ここに書面を以って申し立てます。

なお、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

1、　相手方と示談を行う場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。

2、　相手方に白紙委任状を渡さないこと。

3、　相手方から金品を受け取ったときは、受領年月日、内容金額（評価額）をもれなく、且つ遅滞なく貴職に届け出ること。

4、　治療が完了した場合又は症状が固定と診断された場合には、速やかにその内容・日付を貴職に報告すること。

年　　月　　日

(被保険者)　住所

氏名　　㊞

機缶健康保険組合理事長　殿

相手方の 加入保険契約に関する事項

自動車損害賠償責任保険（自賠責）について					
証明書番号					
保険会社	名称				
	所在地	電話番号(　　)			
保険契約者	氏名				
	住所	〒			
事故車両	車種	□ 自家用普通自動車 □ 貨物自動車 □ その他（　　）	使用の本拠地（都道府県）		
	登録番号又は車両番号				
	車台番号				
保険期間		自　　年　　月　　日　　ヶ月 至　　年　　月　　日　　時まで			

対人賠償責任保険（任意保険） その他の損害賠償責任保険 について		
保険の種類	・任意保険　　・自転車保険 ・個人賠償責任保険　・その他（　　）	
証明書番号		
保険会社	名称	
	所在地	電話番号(　　)
保険契約者	氏名	
	住所	〒
保険期間	自　　年　　月　　日　　ヶ月 至　　年　　月　　日　　時まで	

事故および相手車に関する事項

事故発生年月日		年　月　日　午前・午後　時　分頃
相手車保有者	住所	〒 電話番号(　　)
	氏名	
	契約者との関係	本人・譲受人・借受人・その他（　　）
相手車運転者	住所	〒 電話番号(　　)
	氏名	(男・女)　　歳
	保有者との関係	本人・従業員・親族・その他（　　）

事故に遭われた当組合加入者に関する事項

当組合加入者	住所	〒 電話番号(　　)
	氏名	(男・女)　　歳
	職業	

＊ 事故の相手方の保険加入状況についてご記入ください。

＊ 健康保険立替給付分について相手方（損害保険会社）に求償する際に必要な情報ですので正確にご記入ください。

＊ 内容が不備のため損害保険会社に求償出来なかった場合は、健康保険給付分はあなたにお支払いただくことになりますので、ご注意ください。

＊ 「事故に関する事項」については、事故証明書の内容を参考にご記入ください。

事故発生状況報告書

事故発生日時	年　月　日　午前・午後　時　分頃							
当事者	甲（当方）	氏　名 運転・同乗・歩行			乙（相手方）	氏　名 運転・同乗・歩行		
天候	状況	晴・曇・雨・雪・霧			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	ある・ない　／　片側・両側		
	見通し	よい・悪い			中央車線	ある・ない　／　直線・カーブ・平坦・坂		
	路面状況	積雪路・凍結路			交通量	混雑・普通・閑散		
信号・標識等	信号	あり・なし	駐停車禁止	あり・なし	追越禁止	あり・なし	一時停止	あり・なし
	その他標識	（具体的に）						
速度	・甲　km/h（制限速度　km/h）　・乙　km/h（制限速度　km/h）							

事故発生状況略図（道路幅をmで記入してください）

自　車
相 手 車
進 行 方 向
信　号
一 時 停 止
人　間
自 転 車
オートバイ

上記図の説明を書いてください。

別紙交通事故証明書に補足して、上記の通り報告いたします。

年　月　日

報告者　氏名　㊞　甲との関係（　）