

本人  
家族

# 健康保険第三者行為による傷病届

提出日付

※A3サイズ見開きでご使用ください。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

西武健康保険組合理事長殿

本件は、業務上又は通勤による交通事故ではありません。  
下記のとおりお届けいたします。

被保険者氏名

健保  
組合  
常務理事

事故の  
当事者

(被  
保  
険  
者  
ま  
た  
は  
被  
扶  
養  
者)

被保険者等の

記号

000

番号

00000

事務長

氏名

○○ ○○

年齢

○○ 歳

事故当事者が  
被扶養者のとき

氏名

○○ ○○

続柄

○○

年齢

○○ 歳

住所(自宅)

○○県○○市○○町0-00-0

TEL

000(000)0000

取扱者

住所(会社)

○○府○○市○○町00-00

TEL

00(0000)0000

会社名

株式会社○○○○

所属

○○部○○課

相手  
手  
方

氏名

逃走したため不明

生年月日

大正  
昭和  
平成

年 月 日

住所(自宅)

TEL

勤務先  
の  
住所

名称

所属

住所

TEL

住所・氏名が不明  
の場合の理由

事故  
内  
容

傷病名

○○○○、○○○○○○

発生日月日

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 午前・午後 ○ 時 ○ 分

発生場所

○○県○○市○○町○○番地先路上

種別

交通事故(自動車・バイク・自転車)・殴打・刺傷・その他( )

警察官立会い

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

発生の責任

相手方・当方・両方

事業所

所属

印

印

印

印

印

印

(注1) 交通事故証明書及び診断書の(写)を添付してください。

本書の提出が必要なときは連絡します。

(注2) 交通事故証明書は、「人身事故」扱いとしてください。「物損事故」では受理できません。

K12-202504

健保受付年月日

本社の担当者と責任者が押印

所属の担当者と責任者が押印

※自動車事故で『事故発生状況報告書』をこの届に添えて提出するときは、このページの記入は必要ありません。

事故発生状況

事故について加害者の行動および被害者の行動を、わかりやすく詳しく記入してください。

【いつ・どこへ・なにで(交通手段)・なんのため(目的)・どうしたとき(原因)・どうなった】

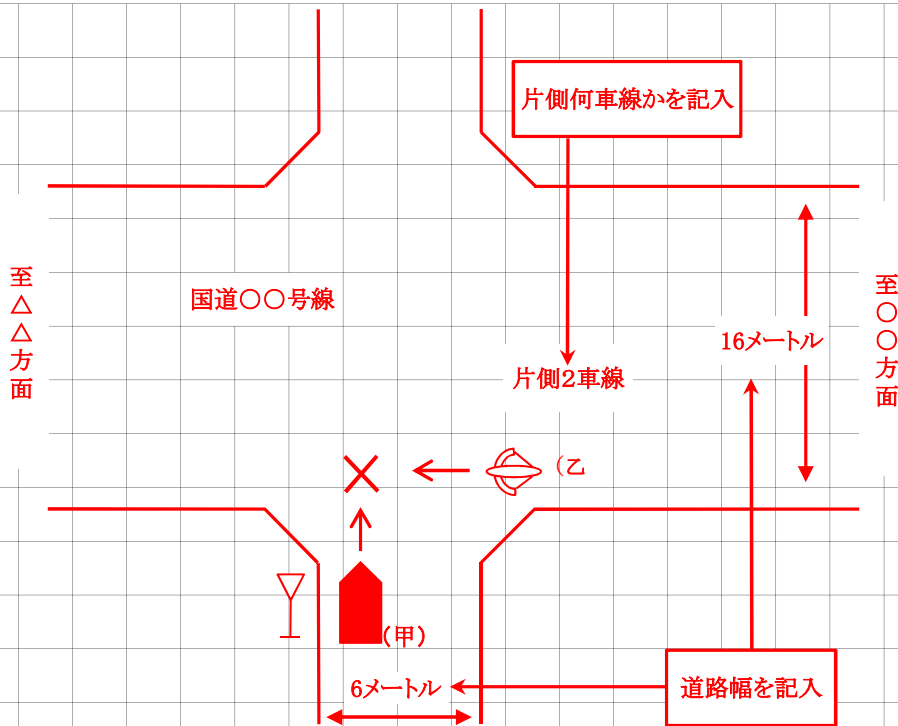
令和〇年〇月〇日午前〇時〇分ごろ、当方(乙)は、国道〇〇号線を△△方面に向かって自転車で時速約〇キロにて進行中、〇〇町〇〇番地の交差点で左方道路から進行してきた自動車(甲)と接触しました。

この交差点は左方道路側に一時停止標識があり、当方の進行側は、優先道路になっていました。

加害者側が一時停止を怠り、交差点に進入したため、当方は危険を感知して、急ブレーキをかけて停止しようとしたが、間に合わずに接触し、別記の負傷をしました。

事故が発生した場所の見取り図を記載し、被害者と加害者の行動を赤点線で表示してください。

事故現場の見取図



治療状況	この事故で治療を受けましたか？		<input checked="" type="radio"/> 受けた <input type="radio"/> 受けない		
	医療機関	名称	〇〇病院		
		住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 TEL 00(0000)0000		
	転医年月日	令和 年 月 日			
	転医した医療機関	名称			
		住所	TEL		
	医療費の支払い方法	<input checked="" type="radio"/> 健康保険 <input type="radio"/> 加害者負担 <input type="radio"/> 自費 <input type="radio"/> その他( )			
	治療開始日	令和 〇 年 〇 月 〇 日 <input checked="" type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 通院			
	健康保険による治療開始日	令和 〇 年 〇 月 〇 日 <input checked="" type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 通院			
	転帰	<input checked="" type="radio"/> 現在入院中 <input type="radio"/> 通院加療中 <input type="radio"/> 治癒 <input type="radio"/> 中止 (令和 年 月 日現在)			
治療期間	<input checked="" type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 通院 自 令和 〇 年 〇 月 〇 日 ～ 至 令和 年 月 日				
後遺症	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ある見込み <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> ない見込み				
治療見込み	令和 〇 年 〇 月 〇 日から 〇 ヶ月間ぐらい・ 日間ぐらい				
加害者の自動車保険加入状況	強制保険加入の有無と契約期間	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 (令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇 年 〇 月 〇 日)			
	自賠償保険証明書番号	〇-000-00000 契約者氏名 〇〇 〇〇			
	契約保険会社	名称	〇〇火災海上保険(株)		
		所在地	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町0-00-0 TEL 00(0000)0000		
	任意保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無			
	任意保険証明書番号	0000-00000			
契約保険会社	名称	〇〇火災海上保険(株)			
	取扱事業所	〇〇サービスセンター			
	所在地	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町0-00-0 TEL 00(0000)0000 担当者 〇〇 〇〇			
示談状況	令和 〇 年 〇 月 〇 日現在				
	示談が成立	交渉中	<input checked="" type="radio"/> 示談が成立していない	請求権を放棄した(令和 年 月 日)	
	示談が成立していない理由				
請求権を放棄した理由					
事業主の証明	記載内容は事実と相違ないことを証明します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 事業主の 〇〇県〇〇市〇〇町0-00-000 住所 〇〇〇株式会社 氏名・印 〇〇 〇〇				

## 同意書

私が加害者(〇〇 〇〇)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、私が損害保険会社に自動車損害賠償責任保険の請求をし、保険金等を受領したときは、貴健康保険組合が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。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

西武健康保険組合理事長殿

住所 〇〇県〇〇市〇〇町0-00-0  
被保険者の氏名 〇〇 〇〇

