## 第三者行為による傷病届【交通事故(1枚目)】

		本家		健康保険第三者行為による傷病症機関する							
		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 健 保 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									
	被保険者(被扶養者)西武健康保険組合の	(被保険者または被扶養	被保険者証の	の 記 号 000 番 号 000000 事務長							
			氏 名	〇〇 〇〇 年 齢 〇 歳							
			事故当事者が 被扶養者のとき	氏 名 00 00							
			灰  人食石りこさ	続柄 〇〇 年齢 〇〇 歳							
			住所(自宅)	)県○○市○○町0-00-00 <sub>Till</sub> 000 (000) 0000							
		者	住所(会社)	○府○○市○○町00-00							
			会社名	株式会社〇〇〇〇 所属 〇〇部〇〇〇課							
		相	氏 名	逃走したため不明 生年月日 H H H H   平成							
	相手側を記		住所(自宅)	Tel							
		手	勤 名称 務	所属							
	記入	方	先の住所	Tel							
L											
傷 病 名 〇〇〇、〇〇〇〇〇				0000,00000							
			発生年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日							
		事	発生場所	○○県○市○○町○○番地先路上							
		故	種 別	交通事故(自動車・バイク・自転車)・殴打・刺傷・その他( ) 事業所 所 属							
		内 事 故 結 果 死・入院中・直後の死亡(令和 年 月 日死亡)・治療で・抗									
		容	あった ・ な い ・ ないが届出済 ・ わからない								
			所 轄 署	OO 警察署   (p)							
発生の責任 相手方・ 当 方 ・ 両 方 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。											
							(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「任者が押印任者が押印				
	(注3)業務上または、通勤途上の交通事故は、受理できません。										

	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○年○月○日午前○時○分ごろ、当方(乙)は、○○駅に向かい歩行中、									
事	○○町○○番地先路上で対向して歩いてきた相手とすれ違い時、肩が触れた									
-/-	触れないで口論となり一方的に殴打され負傷しました。相手は逃走したため不明です。									
汝										
斧										
Ė										
り										
犬										
兄										
/[										
	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	THE TENT OF THE TE									
₽-										
汝	片側何車線かを記入									
見	8 1									
旦勿	至国道〇〇号線									
豜										
//3										
	N A   A   A   A   A   A   A   A   A   A									
<i>D</i>										
か 見										
カ	面									
の見取	面									
か 見	(甲) 道路幅を記入									

## 第三者行為による傷病届【交通事故(2枚目)】

	2	の事故で治療を	を受け	けました	たか? 受けた 受けない
		医磨機期	名	称	〇〇病院
		医療機関	住	所	○○県○○市○○町○○ ℡ 00(0000)0000
治		転 医 年	月	日	令和 年 月 日
		転医した	名	称	
	治療を受	医療機関	住	所	Tel
療		医療費の支	払いフ	方法	健康保険・ 加害者負担・ 自 費 ・ その他(
		治療開	始	日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (入院)・通院
状	け	健康保険による	治療開	始日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 久院・通院
1/\	たとき	転		帰	現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止 (令和 年 月 日現在
況		治療	期	間	入院·通院 自 令和 ○年 ○月 ○日 ~ 至 ì和 年 月 E
		後 遺		症	ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み
		治療見	込	み	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日から ○ ヶ月間ぐらい・ 日間ぐらい
加	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □				有→無(平成 ○年 ○月 ○日 ~ 令和 ○年 ○月 ○日
害者	自賠責保険証明書番号			号	○-000-00000 契約者氏名 ○○ ○○
者の自動	契	約 保 険	会	社	名 称 ○○ <b>火災海上保険(株)</b> 〒000-0000 所在地 ○○県○○市○○町0-00-0 T <sub>EL</sub> 00(0000)0000
車	任力	意保険加入	の有	無	(有)無
保 険	任力	意保険証明	書番	号	0000-00000
加					名 称 〇〇 <b>火災海上保険(株)</b>
入 状	契	約 保 険	会	会社	取扱事業所 〇〇サービスセンター
況				所在地 ○○県○○市○○町0-00-0 TEL 担当者 ○○○○	
	令和	口 〇 年 〇	月	0	
示談		示談が成立	交	渉中	示談が成立していない 請求権を放棄した(令和 年 月
状	犬 示診	そが成立してい:	ないま	里由	現在、○○のため
況	請习	<b>ド権を放棄し</b>	た理	由	
	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	業主の証明			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	1・印 00 00

## 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、私が損害保険会社に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 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 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 00 00

