

本人  
家族

# 健康保険第三者行為による傷病届

※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	番号		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)	TEL			取扱者	
	住所(会社)	TEL				
会社名		所属				

相手方	氏名		生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日
	住所(自宅)	TEL			
	勤務先の	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				事業所	所属	
	発生日	令和 年 月 日	午前・午後	時 分			
	発生場所						
	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					

(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



治療状況	この事故で治療を受けましたか？		受けた ・ 受けない			
	治療を受けたとき	医療機関	名称			
			住所	TEL		
		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	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	
		健康保険による治療開始日	令和	年 月 日	入院 ・ 通院	
		転帰	現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止 (令和 年 月 日現在)			
治療期間		入院・通院	自	令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	
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	有・無 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)				
	自賠償保険証明書番号	契約者氏名				
	契約保険会社	名称				
		所在地	TEL			
	任意保険加入の有無	有・無				
	任意保険証明書番号					
契約保険会社	名称					
	取扱事業所					
	所在地	TEL				
示談状況	令和 年 月 日現在					
	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 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 年 月 日 事業主の 住所 氏名・印				

## 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  
被保険者の  
氏名

印