

交通事故等にあったとき

みなさんやご家族の方が第三者の行為によって病気やケガをしたり、また亡くなられた場合は、直ちに健保組合へ電話連絡をするとともに、下記書類一式を作成のうえ、添付書類と併せて当健保組合へ届け出てください。

※届け出は、健康保険法により義務づけられています。

※加入している損害保険によっては、損害保険会社が「第三者の行為による傷病届」等、書類の作成・提出を援助する場合があります。

記

- 1-1 負傷原因について（回答書）
- 1-2 健康保険 第三者の行為による傷病届 その1、その2
- 1-3 損害賠償責任保険契約内容（加害者の情報）
- 1-4 事故発生状況報告書
- 1-5 念書
- 1-6 治療の状況

【添付書類】

- ① 交通事故証明書（交通事故の場合）
- ② 診断書の写し
- ③ 戸籍謄本及び死亡診断書（死亡の場合）
- ④ 示談書の写し（示談をしているとき）

以 上

負傷原因について（回答書）

被 保 険 者	被保険者証の	記号		番号	
	氏名				
	自宅住所	〒 Tel ()			
対象者	氏名			続柄	
負傷日時	年 月 日() 午前・午後 時 分頃				
当日の勤務時間	時 分 ~ 時 分				
負傷場所	<p>(該当する項目を「○」で囲み、おおよその場所をご記入ください。訪問先、その他の場合には、その施設名などもご記入ください)</p> <p>事業所内・駅構内・自宅・学校内・乗り物の中・路上 訪問先 () その他 () おおよその場所 ()</p>				
状況	<p>通勤(帰宅)途中・勤務時間中・休憩中・移動中 アルバイト・パート・農作業・家事の手伝い・町内行事 車運転中・車同乗中・学校クラブ活動中・散歩 スポーツ競技 () ショッピング・家事・その他 ()</p>				
どのような事故がおきましたか？	(できるだけ具体的にご記入ください)				
負傷名					
受診医療機関名	① ② ③				
原因	第三者からの加害行為(事故を含む)で ある・違う				
損害賠償請求の有無	請求した ・ 請求しない				

健康保険 第三者の行為による傷病届

本人・家族

令和 年 月 日

被害者について	被保険者証の	記号		番号	
	被保険者(本人)		⑥	生年月日	昭平 年 月 日生(歳)
	現住所	〒 () TEL ()			
	勤務先の名称				
	勤務先の所在地	〒 () TEL ()			
	被扶養者(家族)が うけた事故であるとき	氏名	生年月日		続柄
加害者について	氏名		生年月日	昭平 年 月 日生(歳)	
	現住所	〒 () TEL ()			
	勤務先の名称 または氏名			事業内容 または職業	
	勤務先の所在地	〒 () TEL ()			
	加害者の住所、氏名 が分らないとき	その理由…			
事故内容	傷病名				
	発生日	年 月 日() 午前・午後 時 分頃			
	発生時の状況	勤務中・通勤途上・私用外出中・その他()			
	発生の場所				
	種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・暴行 その他()			
	事故結果	即死・入院直後の死亡・入院中の死亡・治療中 (死亡年月日 年 月 日)			
	警察官の立会	あった・ない・ないが届け出済み・わからない			
	所轄署	警察署		派出所	
	過失の割合	被害者	0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	加害者	0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10

この届出に添えて 提出する書類	①交通事故証明書(交通事故の場合) ②診断書の写し ③戸籍謄本及び死亡診断書(死亡の場合) ④示談書の写し(示談をしているとき)
--------------------	---

※示談をする前には、必ず健康保険組合にご連絡ください。

示談状況 (いずれかに「○」をした上、ご記入ください)	成立していない・交渉中		年 月 日 現在			
	成 立 し た		年 月 日 に成立			
	請 求 権 を 放 棄 し た		年 月 日 に放棄			
	放棄した場合はその理由…					
損害賠償の請求及び支払状況	自動車事故のとき保険会社からの賠償金は		受領した(請求者名)・受領していない・申請中			
	加害者(第三者)に対する損害賠償の請求は	請求した	年 月 日に			
			口頭・文書 で請求			
			内訳	治療費	円	
		休業補償費		円		
	その他	円				
	請求していない	理由…				
	加害者(第三者)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(入院費含)	円		
			休業補償費	(年 月 日～ 年 月 日) 日分 1日につき 円		
			葬祭費	円		
			慰謝料	円		
			見舞金	円		
			傷害補償費	円		
			その他	円		
合計			円			
受領方法・受領日		全 額				
	分 割 (回 払)	第1回	円	年 月 日 受領		
		第2回	円	年 月 日 受領		
第3回		円	年 月 日 受領			
被害者の人身傷害保険	加入の有無	あり・なし 保険会社名	取扱窓口			
		担当者名	TEL ()			

※提出日現在の示談の状況を記入してください。

※加害者から損害賠償を受けたときは必ず記入してください。

損害賠償責任保険契約内容(加害者の情報)

1. 自動車・バイク事故の場合

		加害者の自賠償保険		加害者の任意保険(対人)	
保険会社名称					
証書番号					
保険契約期間		自 年 月 日 至 年 月 日 (カ月)		自 年 月 日 至 年 月 日 (カ月)	
契約者	住所	〒 TEL ()		〒 TEL ()	
	(フリガナ)氏名				
保有者	住所	〒 TEL ()		〒 TEL ()	
	(フリガナ)氏名				
取扱窓口	所在地	〒 TEL ()		〒 TEL ()	
	名称				
	(フリガナ)氏名				
自動車の種別			登録 No		車台 No

2. 自動車・バイク事故以外の場合

加害者の保険会社		名称		保険種別	
		証書番号			
保険契約期間		自 年 月 日・至 年 月 日 (カ月)			
契約者	住所	〒 TEL ()			
	(フリガナ)氏名				
取扱窓口	所在地	〒 TEL ()			
	名称			(フリガナ)担当者	

事故発生状況報告書

本件交通事故につき下記のとおり報告いたします。

甲 (加害運転者)	氏名	事故発生時、乙は…	
乙 (被害者)	氏名	運転・同乗 (甲車・甲車以外の車) 歩行・その他()	
速度	甲車 km/h (制限速度 Km/h)、	甲車以外の車 km/h (制限速度 Km/h)	
事故現場の状況を図示して自動車と被害者	事故発生状況略図		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>※道路幅をmで記入してください。</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>甲(加害者) </p> <p>甲車以外の車 </p> <p>進行方向 </p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人間 </p> <p>自転車オートバイ </p> </div> </div>		
ご上説明図に だつ さいて			

令和 年 月 日

報告書作成者氏名

甲との関係 ()

Ⓜ 乙との関係 ()

念 書

年 月 日(場所) において(加害者名) の

不法行為により(被害者名) の被った事故について、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条第1項の規定によって、健康保険組合が給付の価額の限度において取得行使し、かつ損害賠償金を受領すること、及び求償事務に必要な範囲で当該事案に関する私の個人情報に加害者、医療機関、損害保険会社等から取得し、かつ弁護士等委託先の他加害者及びその代理人、裁判所及び裁判外紛争解決機関等に提供することについて異議のないことを、ここに書面をもって申し立てます。

なお、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者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. 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、受領年月日、内容金額(評価額)をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
4. 自賠責保険に被害者請求する場合には、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

シーイーシー健康保険組合 理事長 殿

治 療 の 状 況

この事故で医師の 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	
		所 在 地	〒 TEL ()
	支 払 方 法	健康保険 ・ 加害者負担分 ・ 自費 ・ その他 ()	
	治 療 開 始	年 月 日 入院 通院	
	転 帰	年 月 日 現在 現在入院中 ・ 通勤加療中 ・ 治癒 ・ 中止	
	入院治療機関	入院 年 月 日 ~ 年 月 日 通院 年 月 日 ~ 年 月 日	
	後 遺 症	ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み	
	治 療 見 込	年 月 日 から 約 日ぐらい	

以下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	年 月 日 年 月 日 日間		
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	年 月 日 年 月 日 日間		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			