

健康保険 第三者の行為による傷病届（その１）

東京化粧品健康保険組合理事長殿

本人・家族

被害者・加害者関係	被保険者等 記号・番号	記号 番号	被保険者氏名			
			住所	〒 (TEL)		
	被保険者が勤務している事業所		名称			
			所在地	〒 (TEL)		
	被扶養者が受けた事故であるとき		氏名 生年月日	年 月 日生	被保険者との続柄	
	相手方 (加害者)		氏 ^{ふりがな} 名		生年月日	年 月 日生
			現住所	〒 (TEL)		
	相手方の勤務先		名称		職業	
			住所	〒 (TEL)		
	相手方の住所・氏名が判らないとき		理由			
事故内容	傷病名			発生年月日	年 月 日 () 午前・後 時 分頃	
	発生の場所					
	種 別	自動車事故 バイク 事故 傷害 その他 () 自転車				
	事故結果	即死 入院直後の死亡 (死亡 年 月 日) 治療 入院中の死亡				
	警察官の立会	あった ・ な い ・ ないが届出済 ・ わからない				
	所 轄 警 察	派出所 警察署				
	事故証明書	貰ってある ・ 貰っていない ・ 貰うことができる				
	過失の度合	不明	自分がなんぶ 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		相手がなんぶ 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	

事故発生の詳細な状況	事故の時あなたは	私用中 ・ 勤務中 ・ 通勤途上
	この欄は第三者の行為によって生じた事故について相手方（加害者）の行動および被害者の行動をできるだけ判り易い順序を追って記載し、事故発生に関係がない者が読んでも、その時の状況が明瞭に判読できるよう詳しく記載してください。	
事故現場の見取図	事故の発生した場所の見取り図を記載してください。そして被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示してください。	

第三者の行為による傷病届（その2）

治療をうけたとき	この事故で医師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 入院 ・ 通院					
	転 帰	(年 月 日現在)					
		現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止 ・ 転医した					
	転医した医療機関の	名 称		転医年月日	年 月 日		
		所在地		転医した理由			
	治療期間	入院：自 年 月 日～至 年 月 日 通院：自 年 月 日～至 年 月 日					
	治癒(中止)	(治癒年月日) 年 月 日 (中止年月日) 年 月 日					
	後 遺 症	のこる ・ のこる予定 ・ のこらない ・ わからない					
	治療見込	年 月 日から約 日 月 くらい					
治療中の支払方法	健康保険	自 年 月 日 ～ 至 年 月 日					
	加害者負担	自 年 月 日 ～ 至 年 月 日					
	自 費	自 年 月 日 ～ 至 年 月 日					
	その他						

加害者の自動車保険加入状況	自賠責（強制）保険加入の有無		加入している ・ 加入していない				
	保険会社の名称・所在地	名 称			証明書番号	第 号	
		所在地					
	保険契約者	住 所			保険期間	自 年 月 日 至 年 月 日	
		氏 名			自動車の	車 種	
	保有者	住 所				府県別	
		氏 名				登録番号又は車両番号	
	運 転 者 加 害 者	(保有者との関係)				車台番号	
	任意保険加入の有無		加入している ・ 加入していない				
	保険会社名				証券番号		
保険会社の所在地		〒		保険期間	自 年 月 日 至 年 月 日		

示談の状況	示談が成立		交渉中・成立していない		請求権を放棄した	
	年 月 日 成 立		成立しないない理由		示談書により	年 月 日
	〔 示談書写を添付する事 〕				意志表示により	年 月 日
					相手方に伝えた	年 月 日
					放棄した理由	

※提出日現在の示談の状況をご記入ください。
 ※示談をする前には、必ず健康保険組合にご連絡ください。

損害賠償の請求および支払状況	自動車事故のとき保険会社からの賠償金の受領は		した（請求者名） ・ しない 請求中				
	加害者に対する損害賠償の請求		した 年 月 日 していない 口頭 ・ 文書		{ 治療中 休業補償 その他 円 円 円		
	治療費 (入院費を含)	加害者からの直接賠償分		保険会社からの賠償分			
		円		円			
	休業補償	自 年 月 日 至 年 月 日 1日につき (円) 計 円		自 年 月 日 至 年 月 日 1日につき (円) 計 円			
		費		円			
	慰 謝 料		円				
	見 舞 金		円				
	傷 害 補 償		円				
	仮 渡 金		円				
	葬 祭 費		円				
	そ の 他		円				
	合 計		円				
	受領方法 および 年 月 日			受領額	受領日		
				円	・ ・	円	・ ・
分割払 (回払)		第1回	円	・ ・			
		第2回	円	・ ・			
		第3回	円	・ ・			
		第4回	円	・ ・			
		第5回	円	・ ・			
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 ()				

※加害者から損害賠償を受けたときは必ずご記入ください。

事故発生状況報告書

(注)
① ()の事項は、おおよその数値をご記載ください。
② 乙欄は、自賠責保険請求書に記載の“負傷または死亡された方の氏名”をご記入ください。

甲 (相手方氏名)	氏名		乙 (受診者名)	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)					
道 路 状 況	見通し 良い 悪い	道 路 幅	甲車側(m)、甲車以外の車側(m)			
信号または標識	信号 有 無	一時停止標識	有 無	その他の標識 ()		
事故現場における自動車と被害者との状況を図示ください。	事故発生状況略図(道路幅を m で記入してください。)					
ご記入ください 上記図の説明を						

衝突地点

甲 車

甲車以外
の車

進行方向

信 号

一時停止

一方通行

人 間

自転車
オートバイ

別紙交通事故証明書に補足して、上記のとおり報告いたします。

年 月 日
報告者 甲との関係() 氏 名 _____ (印)
乙との関係()

人身事故証明書入手不能理由書

保険会社 御中

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)

理 由 ※ 該当する項目に○印をしてください。 ※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。	☐ 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため ☐ 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した（もしくは終了予定の）ため ☐ 公道以外の場所（駐車場、私有地など）で発生した事故のため ☐ 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。） ☐ その他（理由を具体的に記載してください。）		
◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。			
届出警察	警察 担当官 （判明している場合）	届出年月日	年 月 日

裏面へ

交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の署名もしくは記名押印をお願いします。

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。	
☐ 当事者 ☐ 目撃者 ☐ その他（ ） ※ 該当する項目に○印をしてください	住 所 〒 _____ 記入日 年 月 日 氏 名 _____ 電 話 () _____

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求（法第 16 条請求）する場合には、保険契約者側（契約者、運転者など）の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償をした側が請求（法第 15 条請求）する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

(保険会社使用欄) 該当する□のすべてに✓する。

- ☐ 人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。
- ☐ 請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他（ ）	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
年 月 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他（ ）	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
年 月 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他（ ）	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
◆ その他・特記事項 {		

【 事案情報 被害者名： _____ 事故日： _____ 年 月 日 】

○交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。)

発 生 年 月 日 時		年 月 日 午前 午後 時 分 頃 天候			
発 生 場 所					
当 事 者	甲	住 所	電 話 ()		
		氏 名		生 年 月 日	年 月 日 () 才
		自 賠 責 保 険 契 約 先		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 号
		登 録 番 号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	乙	住 所	電 話 ()		
		氏 名		生 年 月 日	年 月 日 () 才
		自 賠 責 保 険 契 約 先		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 号
		登 録 番 号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	丙	住 所	電 話 ()		
		氏 名		生 年 月 日	年 月 日 () 才
		自 賠 責 保 険 契 約 先		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 号
		登 録 番 号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	丁	住 所	電 話 ()		
		氏 名		生 年 月 日	年 月 日 () 才
		自 賠 責 保 険 契 約 先		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 号
		登 録 番 号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	戊	住 所	電 話 ()		
		氏 名		生 年 月 日	年 月 日 () 才
		自 賠 責 保 険 契 約 先		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 号
		登 録 番 号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。

念 書

【事故日】

【相手方氏名】

【受診者氏名】

年 月 日 _____ の不法行為により _____ 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、東京化粧品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を加害者、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、あわせて、つぎの事項を遵守することを誓約します。

記

1. 加害者と示談をおこなう場合は、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。

年 月 日

被保険者住所 _____

被保険者氏名 _____ ㊞

東京化粧品健康保険組合 理事長 殿

同 意 書

私が「健康保険第三者行為による傷病届」を提出しました件について、東京化粧品健康保険組合が損害賠償額の支払いの請求を、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。

年 月 日

同意者(被害者)

住所 _____

氏名 _____ ㊞

東京化粧品健康保険組合 理事長 殿