

第三者の行為による傷病届

記入例

<被害者（被保険者・被扶養者）>

被保険者	記号	1010	氏名	大楠 太郎		TEL	03-123-1234	
	番号	111111	住所	〒107-8556 東京都渋谷区代々木2-7-7				
	事業所名	●●●株式会社		課・所属	●●課		TEL	03-111-1234 内線 8-11-1111
事故該当者	本人の場合	氏名	男・女	才	生年月日	年 月 日		
	被扶養者(家族)の場合	氏名	大楠 花子 男(女) 43 才		生年月日	年号 昭和 45 年 4 月 10 日		
		職業	無職(専業主婦)		続柄	妻		
治療状況	病院名	●●●総合病院		主傷病名	大腿骨骨折・全身打撲 他			
	治療期間	自	平成29年 5月	～	至	年 月	治療中	治癒
	病院の住所	〒107-8556 東京都渋谷区代々木2-4-9		TEL	03-222-1234			
人身傷害保険確認	被保険者又は被扶養者の自動車損害賠償保険契約(任意保険)について ・今回の治療にご自身の任意保険の人身傷害補償保険を使用していますか? (いる <input type="radio"/> いない <input checked="" type="radio"/>)							

<加害者（事故相手）>

加害者	氏名	鈴木 一郎 男(女) 40 才		生年月日	年号 昭和 48 年 6 月 15 日			
	住所	〒107-8111 東京都港区赤坂3-3					TEL	03-333-1234
	勤務先名称	あけぼの商事(株)					所属	営業課
	勤務先住所	〒107-8222 東京都港区六本木5-5-5		TEL	03-444-1234 内線 4567			
自動車	車名	アコードワゴン		登録番号	品川 330 は 33-55		車台番号	12345-678
	車両所有者名	鈴木 一郎		加害者との関係	<input checked="" type="radio"/> 本人 従業員 家族 その他 ()			
自賠責保険	保険会社名称	日本海上火災保険(株)		担当部署	自賠責課		担当者名	山田
	保険会社住所	〒107-6666 東京都港区赤坂3-4-5					TEL	03-555-1111
	証明番号	ABC-11223344		契約期間	平成24年 10月 2日 ～ 平成30年 10月 1日			
	保険契約者	鈴木 一郎		加害者との関係	<input checked="" type="radio"/> 本人 従業員 家族 その他 ()			
任意保険	保険会社名称	東京損害保険(株)		担当部署	事故サービス課		担当者名	佐藤
	保険会社住所	〒107-6666 東京都港区赤坂6-7-8					TEL	03-666-2222
	証明番号	F300-5948J		契約期間	平成24年 6月 2日 ～ 平成31年 6月 1日			
	保険契約者	鈴木 一郎		加害者との関係	<input checked="" type="radio"/> 本人 従業員 家族 その他 ()			

<事故発生内容>

発生年月日	平成 29年 5月 5日 (金)		AM・PM	8時 30分頃
発生場所	東京都港区南青山1丁目(交差点)			

受付日受印

登録処理

事故発生状況報告

甲氏名(加害運転者)	鈴木 一郎	乙氏名(被害者)	大楠 花子	運転 同乗 歩行 その他 ()	自転車
速度	甲車両 60km/h(制限速度 40km/h)		乙車両 30km/h(制限速度 40km/h)		相手車
事故発生状況概略図 事故現場における状況を図示して下さい(道路幅をmで記入して下さい)					進行方向
					信号
					一時停止
					一方通行
					人間
					自転車バイク
					接触点
					天候・交通状況
					路面の状況
					信号機の作動状況
					標識の有無・種類
街路照明(夜間)					
建物・分離帯・歩道					
<概略図の説明・補足を詳しくご記入下さい>					立ち木・植込み
天候は晴 朝の通勤時間帯で交通量は多い 路面状態はドライ状態					相手に気づいた地点
交差点で赤信号停止後、信号が青に変わったので直進方向に発進したら、					回避操作・有無・内容
左側から相手車が出てきて交差点内で衝突した。					太陽・ライトの幻惑

念書

平成29年5月5日(場所)東京都港区南青山1丁目(交差点)において(相手)鈴木 一郎の不法行為により(被害者)大楠 花子の被った傷病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且つ賠償金を受領することに異議のないこと又、損害賠償請求行使に伴う加害者側(保険会社を含む)への保険給付額の算出基礎となる資料提供及び既に受領した金品の有無、並びにその金額、内訳等について情報提供を受けることに同意致します。

尚、あわせて次の事項を遵守することを誓約致します。

- 1 加害者側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 加害者側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申し出ること。
- 4 健保組合より請求のあった資料については、ただちに提出すること。
- 5 自動車損害賠償責任保険に被害者請求する場合は、必ず前もって貴職に申し出ること。
- 6 治療完了(症状固定)したときは、遅延なく貴職に連絡すること。
- 7 前記各項に反して、健保組合に損害をかけたときは賠償義務を持つこと。

平成 29 年 9 月 20 日

被害者が被保険者と同じか
または未成年の場合は記入不要

【被保険者】

住所 東京都港区南青山2-1-1
氏名 大楠 太郎(印)

【被害者】

住所 東京都港区南青山2-1-1
氏名 大楠 花子(印)

日本航空健康保険組合 理事長 殿