

第三者行為による傷病届

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日提出

被害者 (自分)	健康保険 記号	1	番号	123456	被保険者 氏名	健保 太郎			健保				
	事業所名	〇〇株式会社			所属	〇〇部〇〇課〇〇係							
	被保険者 住所	〒 111-2222 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目1-2			TEL	111-111-1111	内線	(2222)					
加害者 (相手)	負傷者が被扶養 者の場合氏名	健保 花子			続柄	妻			生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	加害者氏名	〇〇 〇〇〇			生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日							
	加害者住所	〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-2			TEL	123-123-1234							
事故状況	事故が加害 者の業務中 に発生した 場合に記入	事業所名	〇〇〇〇〇株式会社			〒	000-0000			TEL	111-222-3333		
	発生年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日			〇〇時〇〇分頃	事故 種別	<input checked="" type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他(殴打・殺傷)						
	発生場所	〇〇県〇〇市〇〇町国道2号線 路上			過失割合 (予想)	自分	〇〇 %		相手	〇〇 %			
相手側 の保険 加入 状況	警察の立会	<input checked="" type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ないが届出済 <input type="checkbox"/> わからない											
	種類	自賠償保険			任意保険								
	保険会社名	〇〇〇〇損害保険株式会社			〇〇〇〇損害保険株式会社								
	所在地	〒 000-0000 TEL 222-222-2222 〇〇県〇〇市〇〇町1-1			〒 000-0000 TEL 333-333-3333 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 担当者 〇〇								
	契約期間	H 〇〇・〇〇・〇〇 ~ H 〇〇・〇〇・〇〇			H 〇〇・〇〇・〇〇 ~ H 〇〇・〇〇・〇〇								
	保険契約者	〇〇 〇〇〇			〇〇 〇〇〇								
治療 状況	証明書番号	111111			123456								
	傷病名	頸椎捻挫			後遺症	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある見込 <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ない見込							
	医療機関名 及び所在地	〒 000-0000 TEL 444-444-4444 〇〇県〇〇市〇〇町1-2 名称 〇〇市民病院			治療見込	H〇〇・〇〇・〇〇から約 〇〇ヶ月見込							
				経過	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 現在 <input checked="" type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 中止								

【本書以外の添付書類】

- ①事故発生状況報告書
- ②自動車事故証明書(損保会社の原本証明があれば写でも可)
- ③念書
- ④その他必要に応じた書類

常務理事	事務長	係	受付日付印

事故発生状況報告書

<被保険者 → 健康保険組合>

事故発生状況	加害者の行為によって生じた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。 (飲酒の状況、免許の有無も記入してください。)	
	近くのスーパーへ行く途中、交差点の手前約60mで、信号が赤より青に変わったため	
	そのままの速度で交差点に進入したところ、左方より加害者の運転する車が信号を	
	無視し交差点に進入したため急ブレーキをかけたが間に合わず、相手方の側面に	
	衝突し全身打撲で、救急車で病院へ運ばれた。	

事故現場の見取図	事故が発生した場所の見取図を記入してください。自車と相手車の行動を赤線で表示してください。	

示談状況	示談が成立	<input checked="" type="checkbox"/> 交渉中	【理由】
	平成 ○○年 ○○月 ○○日	<input type="checkbox"/> 交渉していない <input type="checkbox"/> 請求権を放棄した	

備考	
----	--

念 書

平成 ○○年 ○○月 ○○日 ○○県○○市○○町○○号線 路上 において、
(相手先 ○○ ○○○) の不法行為により私が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、私が相手先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
によってマツダ健康保険組合が給付の価額の限度において、取得行使しかつ賠償金を受領することに
異議のないことを、ここに書面をもって確認します。

また、マツダ健康保険組合が私の傷病に関する損害賠償請求を行う際に、診療報酬明細書等の(写)
を損害保険会社等の求償先へ提出することに同意します。

なお、併せて、次の事項を遵守することを誓約します。

1. 相手先と示談を行おうとする場合は必ず前もって、マツダ健康保険組合にその内容を申し出ること。示談等が成立した場合は損害賠償の額等その内容を申し出ること。
2. 相手先側に白紙委任状を渡さないこと。
3. 相手側から金品を受領したときは、その年月日、内容、金額(評価額)等を洩れなく、且つ遅延なくマツダ健康保険組合に届け出ること。
4. 傷病が治癒したときは、遅延なくマツダ健康保険組合に届け出ること。
5. 保険給付の限度において、自動車損害賠償保険金(共済金)をマツダ健康保険組合が優先して受領することに異議ないこと。私が組合に先立って受領したために、組合が受領すべき金額の全部または一部を受領できなかった場合は、組合が受領できなかった金額を私が組合に弁済すること。

平成 ○○年 ○○月 ○○日

住 所 ○○県○○市○○町○丁目1-2

氏 名 健保 太郎

印

マツダ健康保険組合 理事長 殿