健康保険　第三者の行為による傷病届

<table>
<tr><td colspan="2">記号・番号</td><td colspan="2">―</td><td rowspan="2">事業所名</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">事故に遭われた方の
氏名・続柄・生年月日</td><td></td><td>続柄</td><td>担当者名</td><td></td></tr>
<tr><td>年　　月　　日</td><td></td><td>電話</td><td>（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">第三者（相手）</td><td>住所</td><td colspan="4">〒　　－</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="4">電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td>勤務先の
所在地・名称</td><td colspan="4">〒　　－

電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">事故発生状況</td><td rowspan="2">事故発生の
日時・場所</td><td colspan="4">日時　　年　　月　　日（　　曜日）　　午前 ・ 午後　　時　　分（頃）</td></tr>
<tr><td colspan="4">場所</td></tr>
<tr><td>事故発生の原因とその状況をわかりやすく記載してください（被害者と第三者の行動や傷病発生の原因やその状況など）
なお、別紙による添付でも結構です</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">傷病名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">診療を受けた医療機関の
所在地と名称</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

※年月日は元号でご記入ください。

記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

R7.4 三井健康保険組合

記号・番号	―	被保険者氏名		事業所名	

治療費を支払っている方の住所・氏名・電話			健康保険使用の場合（　　年　　月　　日より） 電話　　（　　）
			自由診療の場合 電話　　（　　）
事故処理状況	警察への届出の有無		1　届出済（　　年　　月　　日）　　2　届けていない
	相手との話し合いの状況（できるだけ詳しくお書きください）		
第三者の自動車保険（対人）関係	強制保険（自賠責保険）	自動車保有者の住所・氏名	〒　　― 電話　　（　　）
		契約保険会社 所在地	〒　　―
		契約保険会社 名称	
		契約保険会社 担当者名	電話　　（　　）
		保険契約者の住所・氏名	〒　　― 電話　　（　　）
		証明書番号	第　　号
		保険契約期間	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日
	任意保険（対人）	契約保険会社 所在地	〒　　―
		契約保険会社 名称	
		契約保険会社 担当者名	電話　　（　　）
		保険契約者の住所・氏名	〒　　― 電話　　（　　）
		証明書番号	第　　号
		保険契約期間	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日
その他参考事項			

【添付書類】

●自動車安全運転センター発行の交通事故証明書の原本を添付してください。
●示談が成立している場合は、示談書の写しを添付してください。

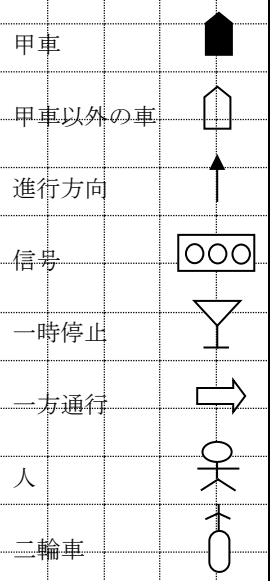
事 故 発 生 状 況 報 告 書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲（甲車の運転者）	氏名		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）					
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）		
信号又は標識	信号　有り ・ 無し 、 一時停止標識　有り ・ 無し 、 その他標識					

事故発生状況を図示して下さい。

事故発生状況略図（道路幅を m で記入して下さい。）



上記図の説明を書いて下さい。

年　　月　　日

報告者　甲との関係（　　）
　　乙との関係（　　）

氏名　　㊞

（被保険者記入用）

同　意　書

事　　故　　日：　　年　　月　　日

相　手　方　氏　名：

事　故　場　所：

相 手 方 自 賠 責 会 社：

相手方自賠責証明書番号：

上記交通事故において、私の個人情報およびこの同意書の取扱いにつき、以下の事項に同意します。

１．貴職が私の健康保険の請求、決定および給付（その見込みを含む）の状況等について、私が保険金請求権を有する保険会社を含む加害者側に対して提供すること。
※傷病に関する診療報酬明細書（写）を含む

２．貴職が私の健康保険の給付および保険会社に請求するにあたり、必要な事項（保険会社への請求の内容及びその支払金額・内訳・症状固定日等）について保険会社を含む加害者等から提供を受けること。

３．この同意書をもって、上記２．に掲げる事項に対応する保険会社を含む加害者側への同意を含むこと。

４．この同意書を保険会社を含む加害者側へ提示すること。

年　　月　　日

三井健康保険組合理事長　殿

住所

氏名　　㊞

電話　　－　　－

（被保険者記入用）

念　　書

年　　月　　日場所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿において

加害者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の不法行為により被害者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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条第１項の規定によって、貴健康保険組合が給付の価格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申し立てます。

なお、あわせて次の事項を尊守することを誓約します。

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．自賠責保険に被害者請求を行う場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。

３．加害者に白紙委任状を渡さないこと。

４．加害者側から金品を受けたときは、受領月日・内容・金額（評価額）を漏れなく、かつ遅滞なく貴職に届出ること。

５．当該事故にかかる傷病が治癒したときは、速やかに貴職に届け出ること。

年　　月　　日

三井健康保険組合理事長　殿

住所

氏名　　㊞

電話　　－　　－