

### 第三者行為（交通事故）による傷病届

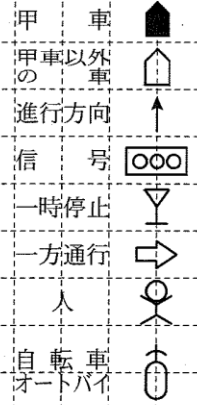
|                            |                    |                                    |            |           |                                    |  |  |
|----------------------------|--------------------|------------------------------------|------------|-----------|------------------------------------|--|--|
| 被<br>害<br>者                | 被保険者証<br>記号・番号     |                                    |            | 氏 名       | 印                                  |  |  |
|                            |                    |                                    |            | 現住所       | 〒                                  |  |  |
|                            | 被保険者の<br>事 業 所     | 名 称                                |            |           |                                    |  |  |
|                            |                    | 所在地                                | 〒          |           |                                    |  |  |
|                            |                    |                                    |            |           | TEL                                |  |  |
|                            | 被扶養者の<br>事故の場合     | 氏 名                                |            |           | 続 柄                                |  |  |
| 治<br>療<br>状<br>況           | 傷 病 名              |                                    |            |           |                                    |  |  |
|                            | 医療機関等              | 名称<br>所在地<br>TEL                   |            |           | 名称<br>所在地<br>TEL                   |  |  |
|                            | 治 療 期 間<br>(見込み)   | 入院 年 月 日～ 年 月 日<br>通院 年 月 日～ 年 月 日 |            |           | 入院 年 月 日～ 年 月 日<br>通院 年 月 日～ 年 月 日 |  |  |
| 加<br>害<br>者<br>関<br>係      | 加 害 者<br>(相手方)     | 氏 名                                | 生年月日 年 月 日 |           |                                    |  |  |
|                            |                    | 住 所                                | 〒          |           |                                    |  |  |
|                            |                    | TEL                                |            |           |                                    |  |  |
|                            | 加害者との<br>関 係       | 本人 従業員 親族 ( ) その他 ( )              |            |           |                                    |  |  |
|                            | 加害者の<br>勤 務 先      | 名 称                                |            |           | 事業内容                               |  |  |
|                            |                    | 住 所                                | 〒          |           |                                    |  |  |
|                            |                    | TEL                                |            |           |                                    |  |  |
|                            | 保 有 者              | 氏 名                                | 生年月日 年 月 日 |           |                                    |  |  |
|                            |                    | 住 所                                | 〒          |           |                                    |  |  |
|                            |                    | TEL                                |            |           |                                    |  |  |
| 加害者不明                      | 理 由                |                                    |            |           |                                    |  |  |
| 自動車登録番号                    |                    |                                    | 車体番号       |           |                                    |  |  |
| 自賠責保険<br>契約会社              | 名称                 | 所在地                                |            | 証明書<br>番号 |                                    |  |  |
| 任意保険<br>契約会社               | 名称<br>TEL          | 所在地<br>担当者名                        |            | 証券<br>番号  |                                    |  |  |
| 損害賠償の請<br>求・支払方法           | 自賠責保険 任意一括 その他 ( ) |                                    |            |           |                                    |  |  |
| 事<br>故<br>発<br>生<br>状<br>況 | 事故発生年月日            | 年 月 日<br>午前・午後 時 分頃                |            | 発生場所      |                                    |  |  |
|                            | 事故の形態              | 自動車事故 バイク事故 自転車事故 殴打・刺創 その他 ( )    |            |           |                                    |  |  |
|                            | 被害者の事故時<br>の用務・目的  | 通勤中 勤務中 私用 その他<br>(具体的に)           |            |           |                                    |  |  |

- 注 1 この届出は、健康保険法の被保険者（被扶養者）が被害を受けた場合に提出してください。  
 2 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

- (注) ① ( ) の事項は、おおよその数値を記載または該当するものを○で囲んでください。  
 ② 甲欄には、甲車の運転者氏名を記入してください。  
 ③ 乙欄には、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”を記入してください。

|                                                                         |                                      |           |                         |        |           |       |  |                                   |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------|-------------------------|--------|-----------|-------|--|-----------------------------------|
| 甲                                                                       | 氏 名                                  |           |                         | 乙      | 氏 名       |       |  | 運転<br>同乗(甲車, 甲車以外の車)<br>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(有り, 無し), 一時停止標識(有り, 無し), その他標識( ) |           |                         |        |           |       |  |                                   |
| 事<br>故<br>発<br>生<br>状<br>況<br>を<br>図<br>示<br>し<br>て<br>下<br>さ<br>い<br>。 | 事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい)              |           |                         |        |           |       |  |                                   |
|                                                                         |                                      |           |                         |        |           |       |  |                                   |
|                                                                         |                                      |           |                         |        |           |       |  |                                   |
|                                                                         |                                      |           |                         |        |           |       |  |                                   |
|                                                                         |                                      |           |                         |        |           |       |  |                                   |
|                                                                         |                                      |           |                         |        |           |       |  |                                   |
|                                                                         |                                      |           |                         |        |           |       |  |                                   |
|                                                                         |                                      |           |                         |        |           |       |  |                                   |
|                                                                         |                                      |           |                         |        |           |       |  |                                   |
|                                                                         |                                      |           |                         |        |           |       |  |                                   |
| 書上<br>い記<br>て図<br>下の<br>さ説<br>い明<br>を                                   |                                      |           |                         |        |           |       |  |                                   |



別紙交通事故証明書に捕捉して、上記のとおり報告いたします。

書類作成日

年 月 日

報告者

甲との関係 ( )  
 乙との関係 ( )

氏 名

(印)

# 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） の被った保険事故について健康保険法による  
保険給付及び療養費を受けた場合は、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代位取得し、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で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いたします。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、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. 加害者から金品を受け取ったときは、受領年月、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

年 月 日

日本高周波鋼業健康保険組合

理事長 殿

住 所

氏 名

⑥

# 誓 約 書

年 月 日（場所） における交通事故により  
（加害者） が（被害者） 様を負傷させました。

この事故により被害者が、健康保険から受けた保険給付額及び療養費については、健康保険法第57条の規定により健康保険組合が、負担した額を必ず納付することを保証人連署のうえ誓約いたします。

年 月 日

日本高周波鋼業健康保険組合  
理事長 殿

損害賠償支払義務者

住 所

氏 名

㊞

保証人

住 所

氏 名

㊞

※ 印鑑証明書を必ず添付してください。

なお、自動車保険から支払いの場合は、印鑑証明書は不要ですが保証人欄に損害保険会社名及び担当者名を記載してください。