

健保 使用 欄	求償区分	常務理事	課長	課長代理	主任	担当
	求償可能 ・ ※求償不可 ・ 非該当					
	※求償不可の場合は、その理由を記入すること					

## 第三者行為による傷病届

No. -

被保険者証	記号	000	番号	0000000	氏名	健保 太郎						
事業所名	株式会社 I H I			所属	総務部 業務グループ							
				日中の連絡先	080	(	0000	)	0000			
受診者が被扶養者の場合	氏名	健保 花子		続柄	妻	生年月日 (和暦)	×× 00 年 2 月 1 日					
加害者について	氏名	00 00	自宅住所	〒	000 - 0000	TEL	090	(	0000	)	0000	
	勤務先	00株式会社		勤務先の住所	〒	000 - 0000	TEL	03	(	0000	)	0000
	第三者 (加害者) の氏名・住所が分からないとき・その理由			逃走したため。								
負傷または発病状況	負傷または発病年月日	(和暦)	×× 00 年 1 月 2 日 (木曜日)		<input type="checkbox"/>	午前	<input checked="" type="checkbox"/>	午後	8 時 30 分			
	事故発生場所	東京都00区00町0丁目 00交差点										
	負傷または発病の原因 (該当箇所に「レ」)	<input checked="" type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 殴打/殺傷 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
※治療状況	傷病名	右大腿部打撲 右足首捻挫										
	治療の見込	(和暦)	×× 00 年 1 月 2 日		から	約	7	日間				
	医療機関名	東京都立00記念病院	〒	000 - 0000	TEL	03	(	0000	)	0000		
	住所	東京都00区00町7-8-9										
支払方法		<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 加害者負担 <input type="checkbox"/> 自由診療			治療期間	1 月 2 日 から						
		<input type="checkbox"/> 損害保険会社負担 <input type="checkbox"/> その他 ( )			治療期間	1 月 8 日 7 日間						

※転医した場合は健保組合に連絡してください。

### 念 書

私は本件の傷病について健康保険法による保険給付を受けたので、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を、貴組合が保険給付の価格の限度において取得行使し、損害賠償金を受領することに異議がないことを申し立てます。

なお、次の事項についても遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行なう場合は、必ず前もって貴組合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. 自動車損害賠償保険(自賠責保険)に被害者請求する場合は、必ず前もって貴組合に届け出ること。
4. 自分が加入する自動車損害賠償保険(任意保険)の特約において人身障害保険を利用する場合は、必ず前もって貴組合に届け出ること。

また併せて次の事項についても同意します。

1. 貴組合が損害賠償額の支払請求を加害者の加入する損害保険会社等に行なう際、請求に係る書類に当該保険給付に係る診療および調剤報酬明細書の写しを添付すること。
2. 加害者の加入する損害保険会社等の保有する損害賠償に関する情報について、貴組合が提供を受けること。

氏名 健保 太郎

本人の状況 (該当箇所に「レ」)		<input type="checkbox"/> 自動車 ( <input type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 同乗 ) <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 歩行 <input checked="" type="checkbox"/> バイク ( <input checked="" type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 同乗 ) <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( )	
相手の状況		<input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input checked="" type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
相手が 自動車やバイク等の場合		車種	登録 番号
		四菱 4ドアセダン	タマ 300 あ 00-00
加害者の自動車 保険加入状況	保険種別	保険加入証明書番号	保険会社名/連絡先および担当者名
	自賠責保険	第	〒 000 - 0000 TEL 03 ( 0000 ) 0000
		AB0000	住所 東京都00区00町1-2-3
			会社名 00保険 担当者 000
任意保険	第	〒 000 - 0000 TEL 03 ( 0000 ) 0000	
	AA0000	住所 東京都00区00町1-2-3	
		会社名 00損保 担当者 000	
交通事故の場合	事故時の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 同乗 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	時間帯	<input type="checkbox"/> 明け方 <input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夕方 <input checked="" type="checkbox"/> 夜間	
	天候	<input type="checkbox"/> 晴 <input checked="" type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪 <input type="checkbox"/> 霧	
	交通状況	<input type="checkbox"/> 混雑 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 閑散	
	道路状況	・舗装 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )	・歩道 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 [ <input checked="" type="checkbox"/> 両側 <input type="checkbox"/> 片側 ] <input type="checkbox"/> 無 )
		・見通し ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )	・道路 ( <input checked="" type="checkbox"/> 直線 <input type="checkbox"/> カーブ <input type="checkbox"/> 平坦 <input checked="" type="checkbox"/> 坂道 )
		・積雪 ( <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 )	・凍結 ( <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 )
	信号・標識	・信号機 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )	・駐停車 ( <input type="checkbox"/> 可能 <input checked="" type="checkbox"/> 禁止 )
・その他標識 ( 踏切あり・落石のおそれあり )			
速度	自転車 40 キロ ・ 相手車 80 キロ ・ ( 制限速度 50 キロ )		
過失の割合	<input checked="" type="checkbox"/> 過失 ( 本人 20 % ・ 相手 80 % ) ・ <input type="checkbox"/> わからない		
発生状況	片道一車線の道路を原付バイクで走行中。交差点にさしかかるところ、進行方向の信号は赤信号であったため、減速して停まろうとした時、後方から来た自動車と接触した。右足に相手車のフェンダー下部分が当たった。		
事故現場の見取り図	※道路幅 (m) も記入してください		
自転車 相手車 進行方向 ↑ 信号 一時停止 人 自転車/バイク			
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 交通事故証明書 (写) ・ <input type="checkbox"/> * 医師の診断書 (写) ※「交通事故証明書 (写)」が取得できる場合は、添付不要。		