

第三者の行為(含自損行為)による傷病事故届

その1

全国設計事務所健康保険組合 殿

標記の件下記の通り届出いたします

届出者氏名	(本人・家族・その他)
-------	--------------

(注意)
イ.事故後3日以内に健保組合に口頭又は、電話で連絡願います。
ロ.本傷病届は、事故後20日以内に健保組合に関係書類添付のうえ提出願います。
なお、上記イ.ロ.の手続がない場合は、保険診療が受けられないことがあります。

① 被保険者証	記号			② 被保険者の氏名					③ 男・女		
	番号			現住所	〒						
④ 被保険者が勤務している事業所	名称						電話	()			
	所在地	〒									
⑤ 事故が被扶養者の時	氏名				男女	昭・平・令	・	生	続柄		
⑥ 事故内容	種別	自動車・バイク・自転車・歩行中・けんか・スポーツ中・その他()									
	区分	業務上・通勤(帰宅)途上・私用・その他									
	形態	運転・同乗・歩行・その他									
	内容	即死・療養後死亡(死亡日 . .)・療養中(全治 ヶ月見込み)・治愈									
	発生年月日	年 月 日			午前 午後		時 分				
	発生場所										
	事故の責任は主として	相手方(加害者)・当方・双方(過失割合 当方 % 相手 %)									
⑦ 相手方(加害者)	フリガナ						電話	()			
	氏名						電話	()			
	同上住所	〒									
	業務中・業務外の別		業務中・業務外								
	相手事故がの業務中の	勤務先事業所						電話	()		
		フリガナ									
		同上事業主氏名又は代表者氏名									
	年相手がの場未合成	勤務先所在地	〒								
		親権者の氏名									
		親権者の住所	〒								
氏名・住所等わからない時はその理由											

注・犯罪による被害を受けた方
被害者情報を加害者に開示しないようお申し出ください。

ーご提出いただく書類ー

- ① 健康保険第三者の行為による傷病届 (その1～4)
- ② 念書兼同意書 (受診者が記入)
- ③ 損害賠償金納付確認書・念書 (事故の相手方が記入)
- ④ 自動車事故証明書 (原本) ⇒ 最寄りの自動車安全運転センターにて発行されております。
※人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった場合は、人身事故証明書入手不能理由書
- ⑤ 診断書 (コピー可)

見取図は事故発生現場の略図を記載し、
 当方と相手方の行動を線等で表示して下さい。

事故発生状況は、当方が何用の為 どのようにしていたとき
相手方がどのようにして事故が生じたか、当方の行動、相手方
の行動を具体的に詳しく順を追って記載し、事故の現場に居合
わせないものが読んでもわかるように記載して下さい。

※ 物損事故扱いの場合は
「人身事故証明書入手不能理由書」の提出を求める場合があります。

⑪ 治 療 を 受 け た 時 は	傷 病 名			
	医師、歯科医師、柔道整復師等の 治療を受けましたか	受けた 受けない		
	医療機関の 名 称			
	所 在 地	〒 電話 ()		
	治療開始	年 月 日 から 入 院 ・ 通 院		
	支払方法	健康保険使用 ・ 相手方負担 ・ 当方負担(金額 % 負担) その他()		
	後 遺 症	あ る ・ あ る 見 込 ・ な い ・ な い 見 込		
	今 後 の 治療見込	年 月 日から 日 入 院 見込み 月 月 通 院		
⑫ 相手方に対す る損害賠償の 請求について	請求しましたか	し た ・ し て い な い ・ す る 予 定 年 月 頃		
	請求したときは その年月日と方法	年 月 日 口 頭 ・ 文 書		
	請求していない時 は、その 理 由			
※ 休業補償	休業(治療)中の 休 業 補 償 は	相手方が負担 事業所から支給 自賠責(任意)保険へ請求 当方加入の人身傷害補償保険へ請求		
⑬ 相手方との間の 示談について	示談が成立してますか		い る ・ い な い	
	成立している時は、その年月日 (示談書(写)添付のこと)		年 月 日	
⑭ 相手方に対す る損害賠償の 放棄について	損害賠償請求権を 放棄しましたか	放 棄 し な い ・ 放 棄 し た ・ 放 棄 す る 予 定		
	損害賠償請求権を 放棄又は放棄する 予定のときは、その 理由、及び、どの様 な方法で意思表示 しましたか			
⑮ 相手方から損害 賠償を受けた時 は、その内容 〔見舞品を受 けたときは 名称・価格〕	損害賠償の事由	金 額	受 領 年 月 日	備 考
		円	年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

示談をする際は、必ず前以って健保に連絡してください。

⑯ 相手方(加害自動車)が加入している自動車損害賠償責任保険(自賠責保険)について					
加入保険会社名			証明書番号	第	号
保 険 契 約 者	氏 名			保 険 期 間	自 年 月 日
	住 所	〒			至 年 月 日
	連絡先	電話 ()		登 録 番 号 車 輛 番 号 または、車台番号	
	運転者との 関係	本 人 ・ 使用 者 ・ 親 族 (続 柄) その他 ()			

⑰ 相手方が加入している 任意保険(対人賠償責任保険)、その他の損害賠償責任保険について			
保険の種類		任意保険 ・ 自転車保険 ・ 個人賠償責任保険 ・ その他 ()	
加入保険会社名		保険金額	無 制 限 ・ 万円
契 約 書 番 号		第 号	保 険 期 間 自 年 月 日 至 年 月 日
保 険 契 約 者	氏名		
	住所	〒	連 絡 先 電話 ()

保 険 会 社 の 支 払 請 求 先 (取り纏め窓口)		自動車損害賠償責任保険	任意保険(対人賠償責任保険)等
	所在地	〒	
	支店名		
	担当課		
	担当者		
	T E L		
任意一括払いですか		有 ・ 無	※ 任意一括とは、自賠責保険の分も含めて 任意保険会社が対応する場合をいいます。

⑱ あなたが 人身傷害補償保険に加入している場合

加入保険会社名			保険金額	無 制 限 ・ 万円
契 約 書 番 号		第 号	保 険 期 間 自 年 月 日 至 年 月 日	連 絡 先 電話 ()
保 険 契 約 者	氏名			
	住所	〒		
保 険 会 社	所在地	〒	人 身 傷 害 補 償 保 険 の 請 求 は	請求する 請求しない 人身傷害補償保険の 対象とならない
	支店名			
	担当課			
	担当者			
	T E L			

被害者用

念 書 兼 同 意 書

年 月 日、事故発生場所（ ）
において、相手方（ ）殿の不法行為により受診者（ ）
の被った被害について健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が相手方に対し
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、貴組合が保険給付費
の価額の限度において、取得行使し、かつ損害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立てます。

なお、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行う場合は、必ず事前に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. 加害者から金品を受領した時は、受領年月日・内容・金額（評価額）を漏れなく
かつ、遅滞なく貴組合に届出ること。
4. 治癒又は症状が固定(後遺症認定)した場合は、速やかにその内容を申し出ること。
5. 私が自動車損害賠償責任保険(共済)に請求する場合は、事前に貴組合にその内容
を申し出ること。
6. 私が加入している人身傷害保険に、私（被扶養者）の損害について請求する場合
は、事前に貴組合にその内容を申し出ること。

なお、この事故に関して、貴組合が損害賠償請求権の行使に必要な当該保険事故
に関する私(被扶養者)の情報を第三者(事故相手方・損害保険会社・医療機関等)に照
会し、その照会内容について情報提供を受けること、又、支払請求書一式に当該給
付に係る診療報酬請求明細書の写しを添付することに同意します。

全国設計事務所健康保険組合 理 事 長 殿

年 月 日

住 所

被保険者

氏 名

※本人が署名出来ない時は、その理由書を添付し、届出者が代理人として署名捺印のう
え提出して下さい。この場合、署名欄の被保険者を代理人に朱字訂正して下さい。

損害賠償金納付確約書・念書

(受診者氏名)

年 月 日 _____ に傷害を負わ

せましたが、この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付価格の限度において、
全国設計事務所健康保険組合 が代位取得し、 全国設計事務所健康保険組合
から損害賠償金（保険給付）の請求を受けたときは、私の過失割合の範囲にお
いて納付することを確約しますので、保険給付してください。

また、自動車賠償責任保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合で、
全国設計事務所健康保険組合 が私に請求したときは、損害賠償に応じること
をあわせて確約します。

年 月 日

損害賠償支払義務者（未成年の場合は親権者）

住所

氏名

Tel ()

全国設計事務所健康保険組合 理事長 殿

【本件についてのご意見】 ※ご意見があればご記入ください。

.....

.....

.....