

健康保険 第三者の行為による傷病届

～ 下記の太枠内の該当する箇所には○をつけ、必要事項を記入下さい ～

記入例

1. 今回の傷病届出者の区分

区	分	<input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族
---	---	--

※記号欄は

10=豊田合成 11=健保 12=一榮工業 13=TG ウェルフェア 14=TG メンテナンス 15=TG ロジスティクス
 18=TG SPORTS 30=TG テクノ 31= TGAP 32=ティーゼー・オブ・シード 34=豊田合成東日本
 35=豊田合成九州 40=豊田合成日乃出 41=海洋コム 50=豊信合成 90=任意継続

2. 被保険者・加害者関係

被保険者等	※記号 10	番号 99999	被保険者氏名 健保 太郎	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">健保</div>	
住所	愛知県稲沢市井之口町中四反畑4500番地 Tel.0587-23-6661				
事業所名(会社名)	○○○○ 株式会社				
事業所所在地	○○県○○市○○町○○番地 Tel.062-000-0000				
被扶養者がうける事故であるとき	被扶養者氏名		被保険者との続柄		
加害者	氏名	健保 次郎		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	住所	○○県○○市○○区○○町○○番地 Tel.000-111-1111			
加害者の勤務先	名称	○○○ 株式会社	職業	会社員	
	所在地	○○県○○市○○町○○番地 Tel.000-111-0000			
加害者の住所氏名等が判らないとき	その理由:				

3. 事故内容

傷病名	腰部挫傷											
発生日	令和2年7月5日	<input checked="" type="radio"/> AM	<input type="radio"/> PM	10時	10分頃							
発生場所	○○県○○市○○町 国道○○号線 ○○交差点付近											
何の用務中か	<input checked="" type="radio"/> 休日 <input type="radio"/> 休暇 <input type="radio"/> 出勤前 <input type="radio"/> 出勤途中 <input type="radio"/> 会社内 <input type="radio"/> 出張中 <input type="radio"/> 休み時間中 <input type="radio"/> 帰宅途中 <input type="radio"/> 帰宅後 <input type="radio"/> その他()											
種別	<input checked="" type="radio"/> 自動車事故 <input type="radio"/> バイク事故 <input type="radio"/> 自転車事故 <input type="radio"/> 殴打 <input type="radio"/> 刺傷 <input type="radio"/> その他()											
事故結果	<input type="radio"/> 即死 <input type="radio"/> 入院中(入院直後)の死亡[死亡:令和 年 月 日] <input checked="" type="radio"/> 治療											
警察官の立会い	<input checked="" type="radio"/> あった	<input type="radio"/> ないが届出済	所轄署	○○○ 警察署 ○○ 派出所								
過失の割合	自分の割合	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10
	相手の割合	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input checked="" type="radio"/> 10

★この届に添付して提出する書類

自動車事故のとき	①自動車事故証明書(原本) ②事故発生状況報告書 ③念書 ④相手方の自動車保険関係事項 ⑤示談をしているときは示談書の写し ⑥治療状況について(報告) <治療終了後早急に提出>
----------	--

裏面に続く →

◎自動車事故であって「事故発生状況報告書」をこの届に添えて提出する際は、下記は記入不要です。

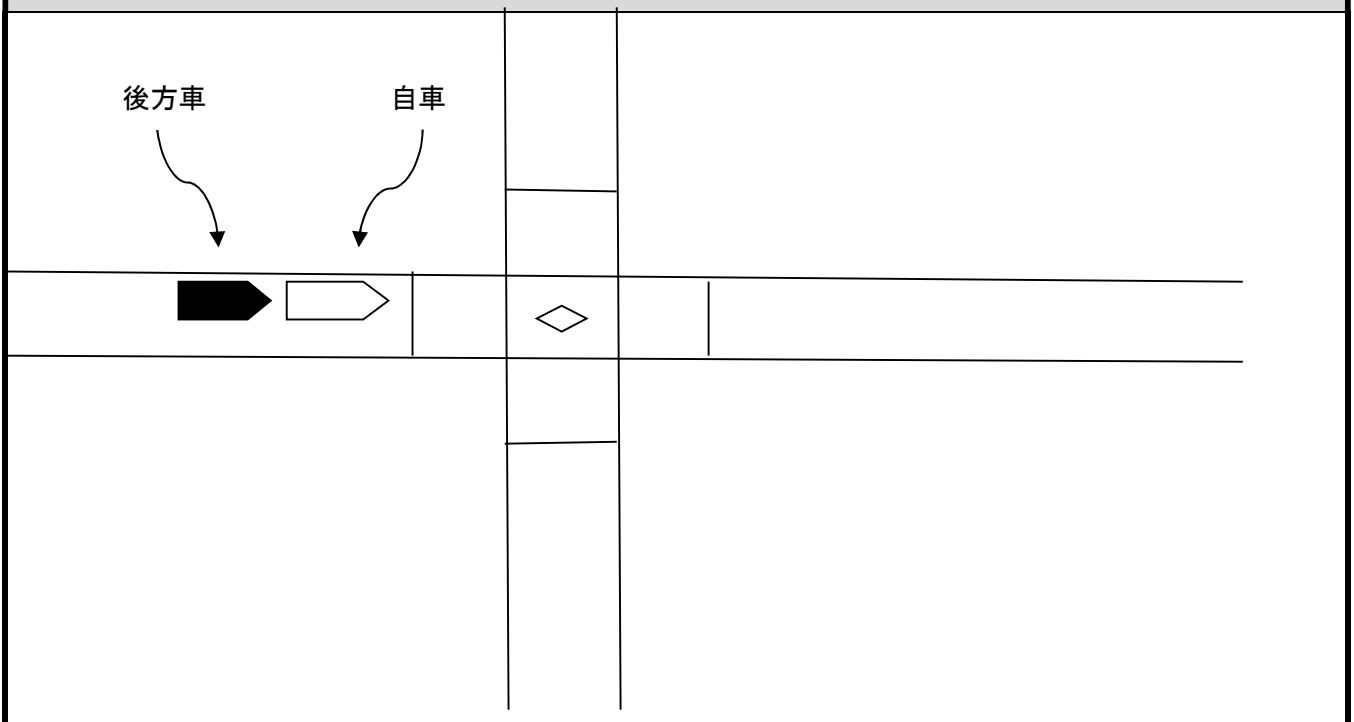
A) 事故の発生状況

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下さい

信号のある交差点で、赤信号のため信号待ち停車中、後方に追突された。 わき見運転をしていた模様。

B) 事故現場の見取図

事故が発生した場所の見取図を記載して下さい。
そして被害者と加害者の行動を赤点線をもって表示して下さい。



念 書

(事故日)

(事故発生場所)

令和2年7月5日 〇〇県〇〇市〇〇町 国道〇〇号線 〇〇交差点付近に

(相手方氏名)

(今回届け出をする人の氏名)

において 健保次郎 の不法行為により 健保太郎 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ましたので、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1項の規定によって健康保険組合が保険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申し立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 相手方と示談を行なおうとする場合は、必ず前もって貴健康保険組合にその内容を申し出ます。
2. 相手方に白紙委任状を渡しません。
3. 相手方(保険会社等含)から金品を受けたとき若しくは受けようとするとき、私(保険会社等含)は、請求年月日、受領年月日、内容、金額(評価額)等をもれなく、かつ遅滞なく貴健康保険組合にお届けいたします。また、貴健康保険組合が保険会社等から上記の情報の提供を受けることに同意いたします。
4. 健康保険組合が、「相手方」「相手方の連帯債務書」「相手方が加入する損害保険会社(自賠償・任意を問わず。協同組合なども含む)やその代理店」に対して当事故に関連する求償措置その他必要な行為を行うため、貴健康保険組合が所有している、当事故に直接的あるいは間接的に関係する「診療報酬明細書(レセプト)などの書類」を渡すことに異議を申し立てません。

令和2年7月10日

被保険者 住所 愛知県稲沢市井之口町中四反畑4500番地

氏名 健保太郎

健保

豊田合成健康保険組合理事長 殿

事故状況発生状況報告書(自動車損害賠償責任保険)

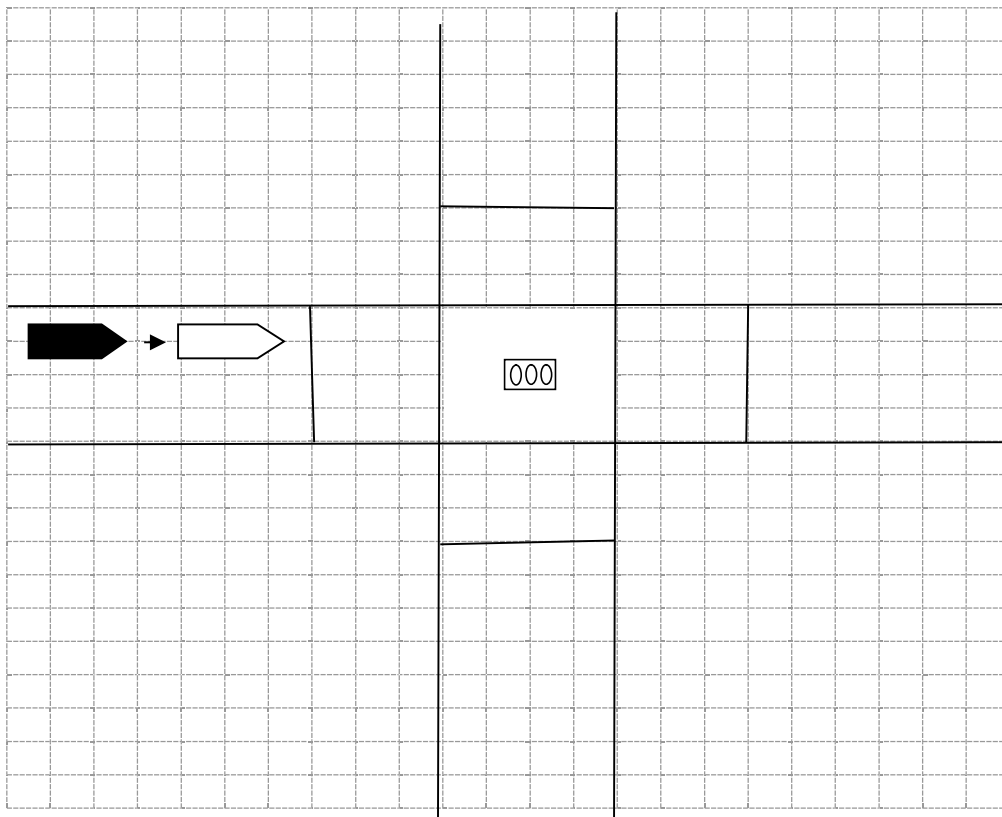
記入例

別紙交通事故証明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	健保 次郎		乙(被害者) 氏名	健保 太郎		運転 同乗(甲車・甲車以外の車) 歩行 その他()
速度	甲車	40 km/h(法定速度	km/h)	甲車以外の車	0 km/h(法定速度	km/h)

● 事故現場における自動車と被害者の状況を図示してください

事故発生状況概略図(道路幅を m で記入してください)



甲車	■→
甲車以外の車	□→
進行方法	→
信号	000
一時停止	Y
人間	人
自転車/オートバイ	人

上記図の説明を記入してください

赤信号のため信号待ち停止中、甲車(後方車)に追突された。

● 甲車以外の車について判明している場合は、ご記入ください

自動車の番号	運転者	氏名	(Tel)
保有者	(住所)〒	-	(氏名)
		(Tel)	

必ず記入捺印ください

令和 2 年 7 月 10 日

報告者 甲との関係(被害者) 氏名 健保 太郎
乙との関係(本人)



記入例

治療状況について(報告)

令和 2 年 7 月 5 日 の交通事故で治療した結果を下記のようにご報告致します。

受診者名: 健保 太郎

治療状況

Table with 4 columns: 診療年月, 診療日数, 区分(該当に○), 医療機関名(病院名). It contains 12 rows of treatment records, with the first two rows having specific dates and hospital names, and the rest being blank templates.

令和 2 年 8 月 28 日 治療が終了しました。

Form box containing company information: 会社名: ○○○株式会社, 所属: ○○部 ○○室, 被保険者名: 健保 太郎, Tel: 000-111-1111. Includes a red circular stamp with the text '健保'.

相手方の自動車（保険）関係事項

※必ず保険証券を見て誤りのないようにご記入ください

自 賠 責 保 険	保険会社名 取扱支店名		〇〇〇〇損害保険株式会社 〇〇〇支店		
	取扱支店所在地		〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番地 TEL〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
	保険契約者	氏名	健保 次郎		
		住所	〇〇県〇〇市〇区〇〇町〇〇番地 TEL000-111-1111		
	車の 保有者	氏名	健保 次郎	保険契約者との関係 (本人)	
		住所	同上	TEL	
	運転者	氏名	健保 次郎	保有者との関係 (本人)	
		住所	同上	TEL	
保険契約期間		自 令和〇年〇月〇日 至 令和〇年〇月〇日 (〇〇ヶ月間)			
自賠責証明書番号		第 1 2 - 3 4 5 6 7 8 9 号	自賠保険請求	済 <input checked="" type="radio"/> 未済	

任 意 保 険	保険会社名 取扱支店名		〇〇〇〇損害保険株式会社 〇〇支店 〇〇〇第1サービスセンター		
	取扱支店所在地		〇〇県〇〇〇市〇区〇〇町〇〇番地 〇〇〇ビル10F		
	担当者名		〇〇 〇〇	TEL〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	自動車保険証番号		第 1 - 1 2 3 4 5 6 7 8 号		
	保険契約期間		自 令和〇年〇月〇日 至 令和〇年〇月〇日 (〇〇ヶ月間)		
	保険契約者	氏名	健保 次郎		
		住所	〇〇県〇〇市〇区〇〇町〇〇番地 TEL000-111-1111		
任意一括払について※		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	※任意一括払とは、自賠責保険だけの対応ではなく、任意保険会社が対応している場合です。		