

# 健康保険 第三者の行為による傷病届

(その1)

本人・家族

平成 年 月 日

被害者・加害者関係	被保険者証番号	記号 .....	氏名	大・昭・平 年 月 日生(才) <span style="float: right;">①</span>		
	被保険者の派遣元事業所	番号 .....	現住所	TEL		
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名	大・昭・平 年 月 日生(才)	被保険者との続柄		
	加害者	氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
	加害者の勤務先	名称又は氏名		事業内容又は職業		
	加害者の住所氏名が判らないとき	所在地又は住所		TEL		
事故内容	傷病名					
	発生年月日	平成 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃				
	発生時の状況	勤務中・通勤途上・私用外出中・その他 ( )				
	発生の場所					
	種別	自動車事故・バイク事故・暴行・その他 ( )				
	事故結果	即死・入院直後の死亡(死亡年月日)・治療 入院中の死亡				
	警察官の立合	あった・ない・ないが届出済・わからない				
	所轄署	警察署 派出所				
容	過失の度合	自分がなんぶ		相手がなんぶ		
		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		

\* 該当文字を でかこみ、必要事項を記入してください。

この届出に添えて提出する書類	交通	1 交通事故証明書(人身事故扱い)
	事故の場合	2 (所有している場合は) 診断書の写し 3 (死亡の場合のみ) 戸籍謄本および死亡診断書 4 (示談をしているときは) 示談書の写し

受付日付印

\* 注意事項 自分の過失の度合が高く加害者であっても健保組合から見て被保険者・被扶養者は被害者となりますので加害者についてご記入いただく欄は「相手方」と読み替えてご記入ください。

\* 示談をする前には必ず健保のご連絡して下さい






















(その2)

示談状況	示談が成立	交渉中	平成 年 月 日現在		請求権を放棄した	
	平成 年 月 日	成立していない			平成 年 月 日	
被害賠償の請求および支払状況	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は		した(請求者名 )・していない・申請中			
	加害者に対する損害賠償の請求		平成 年 月 日	口頭・文書	治療費 円 休業補償 円 その他 円	
	損害賠償の種類		加害者直接賠償・保険会社からの賠償			
	第三者(加害者)から損害賠償をつけたとき賠償金の内訳		治療費(入院費を含む)	円		
			休業補償費	自平成 年 月 日	1日につき	円
				至平成 年 月 日	日分	円
					計	円
			葬祭費	円		
			慰謝料	円		
			見舞金	円		
障害補償費			円			
		その他	円			
		合計	円			
受領方法		全額	平成 年 月 日受領			
および年月日		分( )回	第1回	円	年 月 日受領	
			第2回	円	年 月 日受領	
			第3回	円	年 月 日受領	

\* 提出日現在の示談の状況を記入して下さい  
 \* 加害者から損害賠償を受けたときは必ず記入して下さい

# 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 { <small>甲車 甲車以外の車</small> 歩行・その他														
速度	甲車            km/h   （制限時速    km/h）		甲車以外の車            km/h   （制限時速    km/h）																	
事故現場における自動車と被害者との状況を図示して下さい。	事故発生状況略図（道路幅をmで記入してください）。					<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="padding: 2px;">甲車</td><td style="text-align: center;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">甲車以外の車</td><td style="text-align: center;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">進行方向</td><td style="text-align: center;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">信号</td><td style="text-align: center;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">一時停止</td><td style="text-align: center;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">人間</td><td style="text-align: center;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">自転車 } オートバイ }</td><td style="text-align: center;"></td></tr> </table>	甲車		甲車以外の車		進行方向		信号		一時停止		人間		自転車 } オートバイ }	
甲車																				
甲車以外の車																				
進行方向																				
信号																				
一時停止																				
人間																				
自転車 } オートバイ }																				
書上																				
い記																				
て図																				
下の																				
さ説																				
い明																				
°を																				

甲車以外の車について判明している場合ご記入下さい。

自動車の番号		運 転 者	氏名 <small>（電話）</small>
保 有 者	住所 <sup>〒</sup>		氏名 <small>（電話）</small>

平成    年    月    日  
 報告者 { 甲との関係 (            )  
           乙との関係 (            )

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

# 念 書

平成 年 月 日 (場 所) (加害者名)  
(被害者名) において の不法  
行為により の被った保険事故について、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 項の規定によって人材派遣健康保険組合  
が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  
に異議の無いことをここに書面をもって申し立てます。

また、人材派遣健康保険組合が請求権を行使するために、診療報酬明  
細書等の写しを保険会社等へ提供することに、同意いたします。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって人材派遣健康保  
険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 加害者側から金品を受けたときは受領年月日、内容、金額（評価  
額）をもれなく、かつ遅滞なく人材派遣健康保険組合に届出ること。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

Ⓜ

TEL 番号

— —

人材派遣健康保険組合 理事長 殿

# 治 療 の 状 況

この事故で医師の 治療を受けましたか		う け た ・ う け な い		
治療 を う け た と き	医 療 機 関	名 称		
		所 在 地		
	支 払 方 法	健康保険・加害者負担分・自費・その他( )		
	治 療 開 始	平成 年 月 日	入 院	・ 通 院
	転 帰	平成 年 月 日	現 在	
		現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止		
	入 院 治 療 期 間	入院 自 平成 年 月 日	～ 至 平成 年 月 日	
		通院 自 平成 年 月 日	～ 至 平成 年 月 日	
後 遺 症	あ る ・ ある見込み ・ な い ・ ない見込み			
治 療 見 込	平成 年 月 日	から約	ぐらい	



この欄は記入する必要はありません

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支 給 年 月	備 考
療養の給付	円	自 _____ 日間 至 _____		
療 養 費	円	マッサージ・コルセット 柔道整復施術・輸血		
傷病手当金	円	自 _____ 日間 至 _____		
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

## 誓約書 (加害者記入)

平成 年 月 日(場所) \_\_\_\_\_ で発生した  
事故により(相手) \_\_\_\_\_ が被った傷病の治療費等\*を一旦、貴組合で立替えて  
いただきたく、この書面をもってお願いいたします。

なお、立替えていただいた治療費等\*は、当事者間の過失割合により、当方の過失相応分について、  
貴組合からの求償に応ずることを誓約いたします。また、併せて次の事項も厳守いたします。

\*治療費等には休業補償を含みます。

1. 相手方と示談するときは、必ず前もって貴組合に申し出る。
2. 相手方の治療状況(治癒・中断・症状固定等)をその都度、貴組合に報告する。
3. 貴組合からの問い合わせ、資料提出等の依頼には、誠意をもって応ずる。

以 上

人材派遣健康保険組合 理事長殿

平成 年 月 日

〒 TEL

誓約者 住所

氏名 印

(当事者が未成年のときは親権者)

損害賠償責任保険等で賠償するとき。(別紙に契約内容も記入)

平成 年 月 日

〒 TEL

誓約者 所在地

名 称

担当者 印

## 損害賠償責任保険契約内容（相手方の車両）

### 1. 自動車・バイク事故の場合

		自 賠 責 保 険			任 意 保 険（対 人）		
保険会社名称							
証 書 番 号							
保 險 契 約 期 間		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日 (ヶ月)			自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日 (ヶ月)		
契 約 者	住 所	〒 TEL			〒 TEL		
	(フリガナ) 氏 名						
保 有 者	住 所	〒 TEL			〒 TEL		
	(フリガナ) 氏 名						
取 扱 窓 口	住 所	〒 TEL			〒 TEL		
	名 称						
	(フリガナ) 氏 名						
自動車の種別			登録 NO.		車台 NO.		

### 2. 自動車・バイク事故以外の場合

保 險 会 社	名 称			種 別		
	証 書 番 号					
保 險 契 約 期 間		自 平成 年 月 日 ・ 至 平成 年 月 日 (ヶ月)				
契 約 者	住 所	〒 TEL				
	(フリガナ) 氏 名					
取 扱 窓 口	所 在 地	〒 TEL				
	名 称			(フリガナ) 担当者		

任意一括払で ある ない

JHK0602S07