

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 18年 3月 6日

被害者・加害者関係	被保険者証番号	記号 5 0 0 0	氏名	派遣 花子 印	
	被保険者の派遣元事業所	番号 1 0 0 0	現住所	〒 000-0000 東京都千代田区麹町1-1-1 マンション101号 TEL 03-0000-0000	
	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)	被保険者の続柄	
	加害者	氏名	組合 太郎	生年月日	明・大・昭平 60年 6月 6日
	加害者の勤務先	名称又は氏名	株式会社人材派遣物産	事業内容又は職業	会社員
	加害者の住所氏名が判らないとき	所在地又は住所	〒 333-3333 東京都中央区銀座1-1-1 TEL 03-3333-3333		
事故内容	傷病名	左大腿骨々折、頸椎捻挫			
	発生年月日	平成 18年 3月 5日 (日曜日) 午前・午後 10時 20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	新宿区新宿三丁目の交差点			
	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			
	警察官の立合	あった・ない・ないが届出済・わからない			
容	所轄署	新宿 警察署			派出所
	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

例 (その2)

示談状況	示談が成立	交渉中	平成18年3月6日現在	請求権を放棄した	
	平成 年 月 日	成立してない		平成 年 月 日	
		放棄した理由			
損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	していない・した	年 月 日	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			
	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	() 回 割払	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

例

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	組合 太郎	乙（被害者）	氏名	派遣 花子	運転・同乗 { 甲車 甲車以外の車 歩行・その他
速度	甲車 40 km/h（制限時速 40 km/h），甲車以外の車 20 km/h（制限時速 40 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。 新宿三丁目交差点 					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	私（乙）はオートバイで新宿通りを走行中、上記新宿三丁目交差点にさしかかり、信号が青だったため前を走るトラックに続いて交差点に入ったところ、車の陰から急に右折してきた加害自動車（甲）に衝突され、負傷した事故です。					

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 (電話)
保 有 者	住所 〒		氏名 (電話)

平成 18年 3月 6日

報告者 { 甲との関係 ()
乙との関係 (本 人)

氏 名 派遣 花子 印

念 書

例

(場 所) (加害者名)
平成 1 8 年 3 月 5 日 新宿区新宿 3 において 組合 太郎 の不法
(被害者名)
行為により 派遣 花子 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）をまれなく、かつ遅滞なく人材派遣健康保険組合に届出ること。

平成 1 8 年 3 月 6 日

住 所 千代田区麹町 1-1-1
マンション 101 号室

氏 名 派遣 花子 (印)

番号 03 - 0000 - 0000

人材派遣健康保険組合 理事長 殿

治療の状況

例

この事故で医師の治療を受けましたか		うけた ・ うけない	
治療を受けたとき	医療機関	名称	人材派遣病院
		所在地	東京都新宿区新宿5-5-5 TEL 03(5555)5555
	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 18年 3月 5日 入院 ・ 通院	
	転帰	平成 18年 3月 6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 18年 3月 5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 18年 3月 5日 から約 3ヶ月ぐらい	



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)

例

平成 18 年 3 月 5 日(場所) 新宿東口交差点 で発生した
事故により(相手) 派遣 花子 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 18 年 3 月 6 日

〒222-2222 TEL 03(2222)2222

誓約者 住所 東京都港区赤坂1-1-1
マンション202号

氏名 組合 太郎 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 18 年 3 月 6 日

〒666-6666 TEL 03(6666)6666

誓約者 所在地 東京都港区六本木1-1-1

名称 全国派遣損保
港サービスセンター

担当者 山田 太郎 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		全 国 派 遣 損 保		同 左	
証 書 番 号		3 4 5 6 7 8		H - 3 4 5 6 7 8	
保 險 契 約 期 間		自 平成 1 8 年 3 月 3 日 至 平成 1 9 年 3 月 2 日 (12ヶ月)		自 平成 1 8 年 3 月 3 日 至 平成 1 9 年 3 月 2 日 (12ヶ月)	
契 約 者	住 所	〒 222-2222 TEL 03 (2222) 2222 東京都港区赤坂1-1-1 マンション202号		〒 TEL 同 左	
	(フリガナ) 氏 名	クミアイ タロウ 組 合 太 郎		同 左	
保 有 者	住 所	〒 222-2222 TEL 03 (2222) 2222 東京都港区赤坂1-1-1 マンション202号		〒 TEL 同 左	
	(フリガナ) 氏 名	クミアイ タロウ 組 合 太 郎		同 左	
取 扱 窓 口	住 所	〒 666-6666 TEL 03 (6666) 6666 東京都港区六本木1-1-1		〒 TEL 同 左	
	名 称	全 国 派 遣 損 保 港 サビ` センター		同 左	
	(フリガナ) 担 当 者	ヤマダ タロウ 山 田 太 郎		同 左	
自動車の種別		普通乗用車	登録 NO.	品川53な0518	車台 NO. AH415001

2. 自動車・バイク事故以外の場合

保 險 会 社	名 称	人 材 損 保		種 別	損 害 保 険
	証 書 番 号	12345			
保 險 契 約 期 間		自 平成 1 8 年 3 月 3 日 ・ 至 平成 1 9 年 3 月 2 日 (1 2 ヶ月)			
契 約 者	住 所	〒 222-2222 TEL 03(2222)2222 東京都港区赤坂1-1-1 マンション202号			
	(フリガナ) 氏 名	クミアイ タロウ 組 合 太 郎			
取 扱 窓 口	所 在 地	〒 777-7777 TEL 03(7777)7777 東京都港区青山1-1-1			
	名 称	人 材 損 保		(フリガナ) 担 当 者	ヤマモト タロウ 山 本 太 郎