

常務理事	事務長		担当者

健康保険

第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その1)

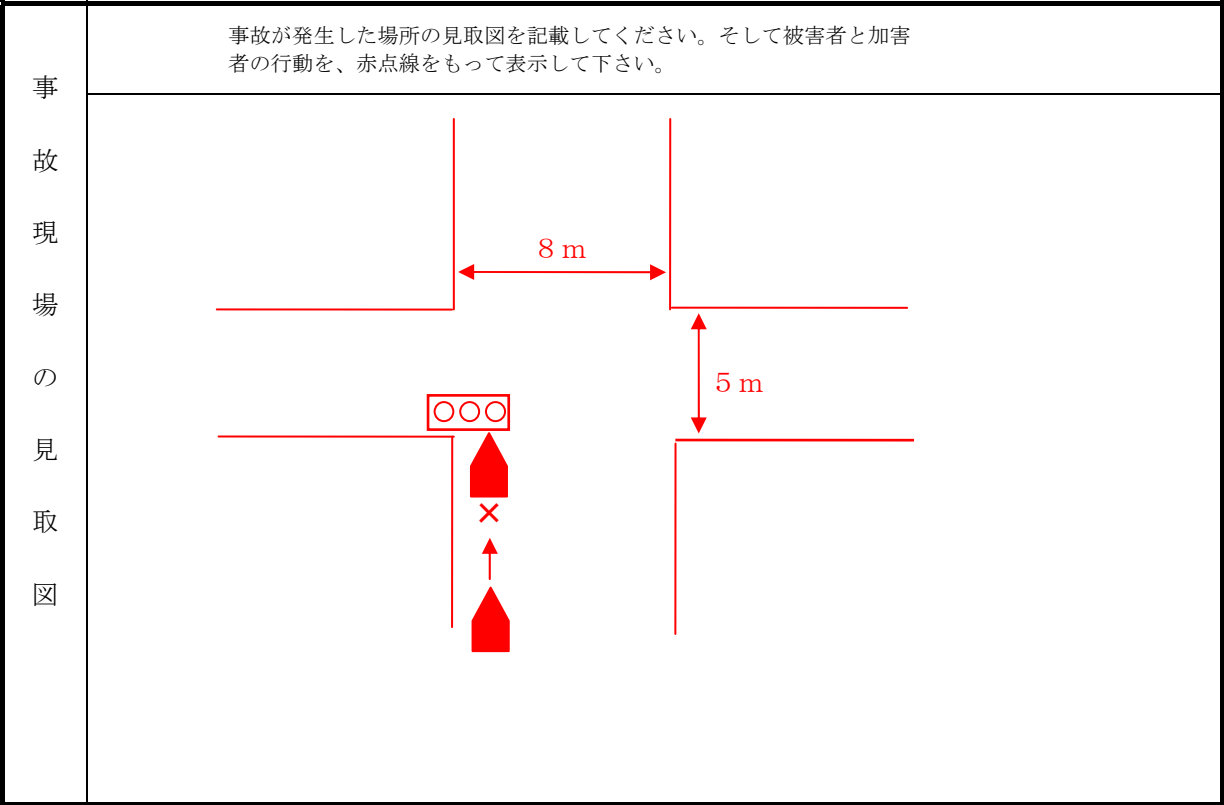
被害者・加害者関係	被保険者証 記号と番号	記号 1	氏名 健康 太朗	〒123-4567 ○○県○○市○○1-2-3	
	被保険者が勤務している事業所	名称 アコム株式会社	所在地 東京都千代田区丸の内2-1-1		
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名 健康 卓巳	被保険者との続柄 長男	昭和 平 令 XX年 XX月 XX日	
	加害者	氏名 加害 一郎	生年月日	TEL ( 000 ) 000-0000	
	加害者の勤務先	名称又は氏名 ×××会社	事業内容又は職業 ○○○	TEL ( 000 ) 000-0000	
		所在地又は住所 ××県××市××12-1	TEL ( 000 ) 000-0000		
加害者の住所氏名が判らないとき	その理由				
事故内容	傷病名 胸部打撲、鎖骨骨折	発生年月日	令和 XX年 XX月 XX日 午前・後 ○時 ○分頃		
	発生の場所 ××県××市××町1-1				
	種別 自動車事故・バイク事故・殴打・その他 ( )	自転車 事故・ 毆打 殺傷			
	事故結果 即死・入院直後の死亡・入院中の死亡 (死亡 年 月 日) ・治療				
	警察官の立会 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				
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。

この届に添えて提出する書類	自動と車きは事故	1 自動車事故証明書 2 事故発生状況報告書 3 診断書 4 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書
		5 示談をしているときは示談書の写

受付日付印

事 故 発 生 の 状 況	<p>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及び被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入してください。</p>
	<p><b>交差点で信号待ちをしていたところ、わき見運転をしていた加害者の車に、後方から追突された。</b></p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>



○ 自動車事故であつて「事故発生状況報告書」を、この届に添えて提出するときは、この頁に記入する必要はありません。

加害者の加入状況	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 平成・令和 XX年 XX月 XX日 至 平成・令和 XX年 XX月 XX日	
	保険加入証明 記号番号	第 〇〇〇号	契約者 氏名	加害 一郎	
	契約保険会社	名称	〇〇〇損害保険株式会社		
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇55 TEL ( 000 ) 000-0000		
示談状況	示談が成立	交渉中	令和 年 月 日 現在	請求権を放棄した	
	令和 XX年 XX月 XX日	成立していない		令和 年 月 日	
		示談が成立していない理由		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 健康 太郎)・しない・請求中			
	加害者に対する損害賠償の請求	していない	年月日	治療費 円 休業補償 円 その他 円	
	第三者(加害者)から損害賠償をうけたとき	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	自令和 年 月 日1日につき 日分 至令和 年 月 日 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	令和 年 月 日 受領			
および年月日	分割 ( )回払	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		

治療状況をうけたとき	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた・うけない	
	医療機関	名称	胸部打撲、鎖骨骨折	
		所在地	◇◇◇総合病院 TEL ( 099 ) 912-3456	
	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他 ( )		
	治療開始	令和 XX 年 XX 月 XX 日 入院 通院		
	転帰	(令和 年 月 日 現在) 現在入院中・通院加療中・治療・中止		
	入院治療期間	入院 自 令和 XX 年 XX 月 XX 日 ~ 至 令和 XX 年 XX 月 XX 日 通院 自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日		
	後遺症	ある・ある見込・ない・ない見込		
治療見込	令和 XX 年 XX 月 XX 日から約 XX 日 ぐらい			

◇

この欄は記入する必要がありません

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支給年月日	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			
	円			
合 計	円			

## 自動車損害賠償保険契約等の内容について(加害者)

保険の種類		自動車損害賠償責任保険		任意保険							
契約内容		自動車損害賠償責任保険		任意保険							
自動車保険証明番号		第	A1234567	号	第	B1234567	号				
保険会社名 または共済連合		〇〇〇損害保険株式会社			△△△火災保険株式会社						
保険契約者	住所	〒*** - **** ××県××市××町1-2			〒*** - **** ××県××市××町1-2						
	氏名	加害 一郎			加害 一郎						
自動車	種別	普通車	府県別		普通車	府県別					
	登録(車両)番号	静岡〇〇さ〇〇〇〇			静岡〇〇さ〇〇〇〇						
	車台番号	SK1-1234567			SK1-1234567						
保険契約期間		自	平・令 ** 年 ** 月 ** 日	至	平令 ** 年 ** 月 ** 日	( ** ) 間	自	平・令 ** 年 ** 月 ** 日	至	平令 ** 年 ** 月 ** 日	( ** ) 間
車両の保有者	住所	〒*** - **** ××県××市××町1-2			〒*** - **** ××県××市××町1-2						
	電話	( ** ) *** - ****			( ** ) *** - ****						
	氏名	加害 一郎			加害 一郎						
損害賠償金支払請求先店	所在地	〒*** - **** ××県××市××町9999			〒*** - **** ××県××市××町1234						
	名称及び担当課	〇〇〇損害 ×× ×××損害サービス			△△△火災保険 ×× ×××損害サービス						
	担当者氏名	保険 陵司			火災 紀子						
	電話	( ** ) *** - ****			( ** ) *** - ****						

# 念 書

令和 XX年 XX月 XX日           XX県XX市XX町1-1           の場所において、

加害者 加害 一郎 の不法行為により、被害者 健康 卓巳 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条の規定によって、アコム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ないことを、ここに書面をもって申立てます。

なお、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談をおこなう場合は、必ず前もって貴職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けたときは、受領月日、内容金額(評価額)をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届出ること。

令和 XX年 XX月 XX日

被害者 住所 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3  
氏名 健康 卓巳



アコム健康保険組合殿