

決裁	常務理事	事務長	課長	係長	係員

第三者の行為による傷病届

被保険者証記号番号		被保険者氏名			
事業所	名称	()			
	所在地				
保険給付を受けた者	氏名	被扶養者の場合は続柄	()		
	住所	(歳)	職種及び仕事の内容		
事故発生年月日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分ごろ				
事故発生場所					
何の用務中か	休日・休暇・出勤前・出勤途中・会社内・出張中・休み時間中・帰宅途中・帰宅後・その他				
事故発生の具体的状況	別紙のとおり(交通事故の場合は事故発生状況報告書記入のこと)		事故発生の責任	事故の相手方・被保険者等・わからない	
事故の種類	自動車・オートバイ・自転車・歩行中・殴打・刺傷・その他()				
警察署届出の有無	有()警察署 無(理由)			自賠償保健請求手続きの有無	有・無
事故の相手方に関する事	相手方(運転者)	氏名	(歳) ()		
		住所			
	勤務先	名称	()		
		所在地			
	自動車の所有者	氏名	()		
		住所			
	保険契約者	氏名	()		
		住所			
契約保険会社の名称			自賠償保険証明書記号番号		
保険期間	年 月 日 ~ 年 月 日		自動車の種別		
運転者と所有者が別人であるときはその関係	従業員・親族・友人・その他()			車両番号	
相手方に対する賠償請求の有無	有・無・請求しない(理由)		相手方又は保険会社からの賠償	受けている(内容) 受けていない	
診療を受けた医師名及び病院等の名称・所在地	(医師名)	傷病名			
		初診年月日	年 月 日		
		健保・自費別診療期間	健保	年 月 日 ~ 年 月 日	
		自費	年 月 日 ~ 年 月 日		
転帰	平成 年 月 日現在	治療見込	年 月 日から		
		現在入院中・通院加療中・治癒・中止	約	ぐらい	
備考(相手方不明の場合はその理由を記入してください)					

上記のとおりお届けします

平成 年 月 日

被保険者 印
(届出者) 住所

氏名 印

この届に添付する書類等	1.交通事故証明書 2.念書
	3.交通事故発生状況報告書
示談した場合	4.相手方の自動車(保険)関係事項等の届
	5.同意書
その示談書の写しを添付	

相手方の自動車(保険)関係・受診状況・示談状況届

平成 年 月 日現在

保有者と保険契約者との関係		本人 譲受人 借受人 その他 ()			
相手方運転者と保有者との関係		本人 従業員 親 族 その他 ()			
事故当事者間での過失割合の協定の有無		あり なし	「あり」の場合は、その理由及び金額、分担割合を記入してください		
自動車損害賠償責任保険期間 (相手方自動車の強制保険)		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	月間		
相手方自動車の任意保険加入		あり なし	保 險 会 社 名	証 明 書 の 記 号 番 号	
相手方自動車の任意保険期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	月間		
一括支払関係	名称				
	所在地				
	担当者氏名	電話番号	()	—	
示談の状況	示談が成立しているとき	平成 年 月 日成立 (示談書の写しを添付)	示談の内容		
	示談が成立していないとき	平成 年 月 日現在	交渉中 交渉していない		
	交渉していないときはその理由		請求権を放棄した時はその理由	年 月 日放棄	
損害賠償支払状況	自動車事故のとき保険会社から	賠償金を受領した () 円) ・受領していない・請求中			
	加害者に対する	請求した	請求した場合は	平成 年 月 日請求	円
	損害賠償の請求	請求していない	請求内容	治療費	円
	及び受領の状況	請求しない	その他	円	
		受領した	受領した場合は	平成 年 月 日請求	円
			平成 年 月 日受領	円	
			治療費	円	
			受領内容	休業補償費	円
			その他	円	

上記のとおりお届けします。

平成 年 月 日

愛知県情報サービス産業健康保険組合 殿

住 所

被保険者

氏 名

印

同意書

私が加害者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第57条により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、保険者が損害賠償額の支払の請求を加害者又は加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等へ請求し、保険金等を受領したときは、金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、保険者が保険医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

さらに、私が70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていた場合、当該軽減特例措置によって支給された一部負担金等の一部に相当する額について、国が加害者又は加害者の加入する損害保険会社等に請求を行うこと、国が保険者に損害賠償額の支払の請求及び受領を委任すること並びに国から委任を受けた保険者が当該金額についての請求事務及び受領代行を外部機関に委託することについても同意します。

その上で、保険者が損害保険会社等から受領した金銭と被保険者が返還すべき額を相殺することに同意します。

また、保険者が保険給付又は損害賠償請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること、保険給付後に傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還することに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

平成 年 月 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所

氏名

(印)

相手方用

念 書

事故発生現場

平成 年 月 日 地内において、

(当事者甲) と健康保険被保険者・被扶養者(当事者乙)

との間に発生した交通()事故による被保険者等の損害について、健康保険法により保険給付を受けましたので、健康保険法第57条の規定のより求償されたときは、直ちにお支払いいたします。

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. 自動車損害賠償責任保険へ請求するときは、事前にその旨を報告します。
2. 健康保険被保険者等と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ます。

平成 年 月 日

住所

当事者甲

氏名

Ⓔ

住所

連帯債務者

氏名

Ⓔ

愛知県情報サービス産業健康保険組合 殿