

常務理事	事務長	部長	取扱者

健康保険第三者の行為による傷病届

本人・家族

(No. 1)

被 保 険 者	記 号	9999	氏名	健保 安太郎 ⑩	
	番 号	1234	住所	〒103-0000 Tel. 03(0000)△△△△ 東京都中央区日本橋〇-〇-〇	
	事 業 所 名	株式会社三健商事		連絡先電話	03(××××)△△△△
事 故 該 当 者	被保険者(本人)の 場合	氏名		生年月日	S.H.R 年 月 日生
	被扶養者(家族)の 場合	氏名	健保 安子	続柄	長女
		職業	学生	生年月日	S④.H.R 10年 6 月 24 日生
事 故 相 手	事 故 相 手	氏名	伊藤 悠太	生年月日	⑤.H.R 54年 8 月 6 日生
		住所	東京都文京区水道〇-〇-〇 Tel. 080(0000)××××		
	事故相手の勤務先	名称	健日株式会社		
		住所	東京都港区高輪〇-〇-〇 Tel. 03(△△△△)〇〇〇〇		
	加害者が不明の場合 (その理由)				
事 故 内 容	事 故 発 生 日 時	平成・令和 30年 11月 15日 午前・午後 3時 15分頃			
	事 故 発 生 場 所	神奈川県鎌倉市〇-〇-〇			
	種 別	自動車・単車・自転車・歩行・その他()			
	損 害 の 程 度	負傷状況	全治 1 カ月		
所 轄 署	警察署・扱い者		未届(理由)		

令和 年 月 日
受付印

東京織物健康保険組合

注意この届けには次の書類を添付してください。

- ①自動車安全運転センター発行の事故証明書(原本・写し可)
- ②診断書(写し可)
- ③示談が成立しているときは、写し

治療状況書

(No. 2)

治療状況	傷病名	① 左鎖骨骨折	②	
	医療機関	名称	帝都大学医学部附属病院	
		所在地	東京都板橋区〇-〇-〇	
	治療期間	入院	30年11月15日～30年12月15日	年 月 日～年 月 日
		通院	30年12月15日～30年12月23日	年 月 日～年 月 日
	支払方法	健康保険・加害者・自費・その他		健康保険・加害者・自費・その他
	治療の現状	(令和 1 年 5 月 13 日現在) 入院中・通院加療中・治癒・中止・症状固定		
示談状況	示談成立 令和 年 月 日	交渉中 令和 年 月 日	請求権放棄 令和 年 月 日	
損害賠償請求状況	加害者に対する損害賠償の請求	①請求し受領済(平成・令和 年 月 日 円) ②請求中 ③これから請求する ④請求しない		
	自動車保険への請求状況	①加害者名義で請求した 平成・令和 年 月 日頃		
		②被害者名義で請求した 平成・令和 年 月 日頃		
③その他				
事故発生状況	<p>この欄は、どこで、何の目的(例えば、私用、工作中、通勤退勤途中等)で何をしているとき、どうなったかを記入してください。</p> <p>私用で、神奈川県<small>の鎌倉の街中</small>を車で走行中、十字路で非優先道路より左折してきた車と衝突した。</p>			

事故発生状況報告書

(No. 3)

当事者	甲(事故相手)	氏名 伊藤 悠太				
		Tel 080 (0000) ××××				
者	乙(被保険者・被扶養者)	氏名 健保 安子			<input checked="" type="radio"/> 運転 ・ 同乗 <input type="radio"/> 歩行 ・ その他	
		Tel 080 (△△△△) 0000				
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・ <input checked="" type="radio"/> 普通・閑散	明暗	<input checked="" type="radio"/> 昼間・夜間・明け方・夕方	
道路状況	舗装 <input checked="" type="radio"/> してある・ <input type="radio"/> してない 歩道(両・片) <input type="radio"/> ある・ <input checked="" type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 直線・カーブ					
	<input checked="" type="radio"/> 平坦・坂 見通し <input checked="" type="radio"/> 良い・ <input type="radio"/> 悪い 積雪路・凍結路					
信号又は標識	信号 <input type="radio"/> ある・ <input checked="" type="radio"/> ない 一時停止標識 <input type="radio"/> ある・ <input checked="" type="radio"/> ない その他標識					
速度	甲車両 20 km/h (制限速度 30 km/h) 乙車両 15 km/h (制限速度 30 km/h)					
事故発生状況を図示してください	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)					
上記の説明	乙車が優先道路を直進中、十字路で非優先道路より左折してきた甲車と衝突した。					

別紙事故証明書に補足して、上記のとおり報告します

令和 1 年 5 月 13 日

報告者(被保険者)乙との関係(長女) 氏名 健保 安太郎

印

加害者(事故相手方)自動車保険加入状況

(No. 4)

		自 賠 責 保 険	任 意 保 険
保 險 契 約 者	氏 名	伊藤 悠太	伊藤 悠太
	住 所	〒112-0000 東京都文京区水道〇-〇-〇	〒112-0000 東京都文京区水道〇-〇-〇
契 約 保 険 会 社		〇×海上日動保険株式会社	△□損害保険株式会社
契 約 保 険 会 社 住 所		〒103-×××× 東京都中央区△-△-△	〒151-〇〇〇 東京都渋谷区×-×-×
自 動 車 保 険 証 明 番 号		B012345678	9876543210-11111
保 險 契 約 期 間		自 (平成・令和) 30年 9月 23日 至 (平成・令和) 2年 9月 23日 (24) ヵ月	自 (平成・令和) 30年 11月 13日 至 (平成・令和) 2年 11月 13日 (24) ヵ月
車 両 の 保 有 者	住 所	〒112-0000 東京都文京区水道〇-〇-〇	〒112-0000 東京都文京区水道〇-〇-〇
	氏 名	伊藤 悠太	伊藤 悠太
損 害 賠 償 金 支 払 請 求 先 店 名	所 在 地	〒103-×××× 東京都中央区△-△-△	〒151-〇〇〇 東京都渋谷区×-×-×
	名 称	〇×海上日動保険株式会社	△□損害保険株式会社
	担 当 者 名	鈴木 鉄平	北 朝香
	電 話	03 (□□□□) ××××	03 (××××) □□□□
備 考			

念 書

平成・令和 30 年 11 月 15 日 (場所: 神奈川県鎌倉市西鎌倉) において

(事故相手) 伊藤 悠太 と

(被保険者又は被扶養者) 健保 安子 との

事故でこうむ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、私が事故相手に対して有する損害賠償請求権を、健康保険法 57 条の規定により東京織物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、賠償金を受領することに異議のないことを申し立てます。

なお、併せて次の事項を守ることを誓約いたします。

- (1) 加害者と示談を行う場合は、必ず事前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、金額をもれなくすみやかに届け出ること。

令和 1 年 5 月 13 日

被 害 者

住 所 東京都中央区日本橋〇-〇-〇

氏 名 健保 安太郎 ⑩

(事故を被った人が被保険者と異なる場合)

氏 名 健保 安子 ⑩

東京織物健康保険組合 理事長 殿

診療報酬等明細書(写)・診断書(写)の同意書について

第三者行為事故における健康保険組合が行う損害賠償金支払先(損保会社及び加害者)に対して、診療報酬等明細書(写)及び、診断書(写)を提供することについて、下記の通り同意いたします。

記

事故年月日 平成・令和 30年 11月 15日

同意年月日 平成・令和 1年 5月 13日

被害者 ㊦103-0000

住 所 東京都中央区日本橋〇-〇-〇

氏 名 健保 安子 ㊦

※被害者をご家族の場合にご記入ください

被保険者氏名 健保 安太郎 ㊦

東京織物健康保険組合