

## 健康保険 第三者の行為による傷病届

本人 ・ 家族

被害者 加害者 関係	健康保険証記号・番号	記号	番号	氏名		
		現住所				
	被保険者が勤務している事業所	名称				
		所在地	Tel ( )			
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名		被保険者との続柄		
	加害者	氏名		生年月日	元・嘲・穢・令和 年 月 日	
		現住所	Tel ( )			
被害者の勤務先	名称又は氏名		事業内容又は職業			
	所在地又は住所	Tel ( )				
	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		発生年月日	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分		
	発生の場所					
	種別	自動車事故	バイク事故	殴打	その他	
			自転車事故	刺傷		
	事故結果	即死	入院直後の死亡	(死亡日 年 月 日)	治癒	
			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		
過失の割合	自分がなんぶ		相手がなんぶ			
	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		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	自動車のときは	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し

受付日付印

※被保険者本人が署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。

※ 自動車事故であって『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。

事故の発生状況	<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および被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入ください。</p>
事故現場の見取図	<p>事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示して下さい。</p>

加害者の自動車保険加入状況	責任保険加入の有無	ある ・ ない	保険契約期間	自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日			
	保険加入証明記号番号	第 号	契約者氏名				
	契約保険会社	名 称					
		所在地	〒 ( )				
示談状況	示談が成立	交渉中	平成・令和 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・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 ) ・ しない ・ 請求中				
	加害者に対する損害賠償の請求		平成 年 月 日	していない ・ した		治療費 円	
			口頭 ・ 文書			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)から損害賠償をうけたとき		治療費(入院費を含む)	円			
			休業補償費	自 平成・令和 年 月 日	1日につき		円
				至 平成・令和 年 月 日	計		円
			葬祭費	円			
			慰籍料	円			
見舞金			円				
障害補償費			円				
		その他	円				
		合計	円				
受領方法及び年月日		全 額	平成・令和 年 月 日 受領				
		分 割 ( )回払	第 1回	円		月 日 受領	
			第 2回	円		月 日 受領	
			第 3回	円		月 日 受領	

治療状況を	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた ・ うけない		
	治療を受けた者(被害者)		氏名	生年月日	年 月 日
	治療機関	名称			
		所在地			
	治療をうけたとき	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他( )		
	治療開始	平成・令和 年 月 日	入院 ・ 通院		
	転帰	(令和 年 月 日 現在) 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止			
	入院治療期間	【入院】	自 平成・令和 年 月 日 ～ 至 平成・令和 年 月 日		
		【通院】	自 平成・令和 年 月 日 ～ 至 平成・令和 年 月 日		
	後遺症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込			
治療見込	平成・令和 年 月 日 から 約 月 ぐらい				



この欄は記入する必要はありません。

保 険 給 付 費				
種 別	金 額	内 訳	支 払 年 月 日	備 考
療 養 の 給 付	円	自 年 月 日 日間 至 年 月 日	年 月 日	
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 年 月 日 日間 至 年 月 日		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

# 事故発生状況報告書

保険証明書番	第	号	当事者	甲(加害者運転者)	氏名	TEL	
自動車番号				乙(被害者)	氏名	TEL	運転・同乗 歩行・その他
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方		
道路状況	舗装	してある してない	歩道(両・片)	ある ない	直線・カーブ		
	平坦・坂		見通し	良い 悪い	積雪路	凍結路	
信号又は標識	信号	ある ない	駐車禁止	されている されていない	その他標識		
速度	甲車両	km/h(制限速度	km/h)	乙車両	km/h(制限速度	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ください。	事故発生状況略図 (道路幅を m で記入して下さい。)						
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 70%;"></div> <div style="width: 25%;"> <p>自車 </p> <p>相手車 </p> <p>進行方向 </p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人間 </p> </div> </div>						
書上 い記 ての 下説 さ明 いを							

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

令和 年 月 日 甲との関係( )  
 報告者 乙との関係( )

印

### 第三者側の自動車保険加入状況

		自 賠 責 保 険	任 意 保 険
保 險 会 社 名			
保 險 証 明 書 番 号		第 号	第 号
保 險 契 約 者	住 所		
	氏 名		
車 両 所 有 者	住 所		
	氏 名		
自 動 車	車 種		
	登 録 番 号		
	車 台 番 号		
保 險 契 約 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日
保 險 会 社	所 在 地	〒	〒
	名 称 担 当 課 T E L 担 当 者 氏 名		
保 有 者 と 運 転 者 の 関 係		本人 ・ 従 業 員 ・ 親 族 ・ その他( )	本人 ・ 従 業 員 ・ 親 族 ・ その他( )

# 念書(第三者行為による傷病)

オリックスグループ健康保険組合 理事長 殿

1.下記の第三者(加害者)の不法行為により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第三者(加害者)に対して有する損害賠償請求を健康保険法第57条の規定によって、貴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、かつ、賠償金を受領することの異議のないことをここに書面をもって申し上げます。

2.さらに、保険事故が交通事故による場合は、貴健康保険組合が代位取得した損害賠償請求権に対して、自動車損害賠償責任保険および自動車対人賠償保険より貴健康保険組合が優先的に充当扱いを受けることに異議ありません。

3.なお、あわせて、次の事項を厳守することを誓約いたします。

- ①加害者側と示談を行う場合は、前もって貴健康保険組合にその内容を申し出る。
- ②第三者(加害者)に白紙委任状を渡さない。
- ③第三者(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、遅滞なく貴健康保険組合に届け出る。
- ④自賠責保険に被害者請求をするときは、その旨を前もって貴健康保険組合に申し出る。
- ⑤健康保険法に違反する事実が後日判明したときは、遅滞なく治療費の返還に応じる。

4.個人情報取扱についての同意

貴健康保険組合が今回の事故について、業務遂行上必要な範囲で情報の取得利用(自動車損害賠償責任保険(共済)への損害賠償額の照会も含む)することに同意いたします。

令和 年 月 日

被保険者(住所)

(氏名)

印

事故発生年月日	平成・令和 年 月 日
事故発生場所	
第三者(加害者)氏名	
被害者氏名	