

第三者の行為による傷病届

		常務理事		事務長				担当者	

被保険者証の		記 号		番 号		被保険者氏名					
被保険者の 所属事業所		名 称		TEL () ー							
		所在地									
保険給付を 受けた者		氏 名		(歳)		続 柄		TEL () ー			
		住 所				仕事の内容					
事 故 発 生 年 月 日		令和 年 月 日 曜日 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も記入のこと)				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)						自賠責保険求償手続の有無		有 ・ 無	
事故の 相手方 に 関 する こ と	相手方 (運転者)		氏 名		(歳)		TEL () ー				
			住 所								
	勤務先		名 称				TEL () ー				
			所在地								
	自動車の 保有者		氏 名				TEL () ー				
			住 所								
	保険契約者		氏 名				TEL () ー				
			住 所								
	契約保険会社の名称						自賠責保険証 明書記号番号				
	保険期間		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日				自動車の種別				
運転手と保有者が別人 であるときはその関係		従業員・親族・友人・その他 ()				車 輛 番 号					
相手方に対し賠償請求の有無		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・診療所等 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	
備考 (相手方が不明のとき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。 令和 年 月 日

〒 ー
住所
氏名



この届に 添付する 書類等	交通事故証明 念書・誓約書 事故発生状況報告書 相手方の自動車(保険)関係事項等の届
	示談した場合 その示談書の写しを添付

静岡鉄道健康保険組合 理事長殿

念 書 兼 同 意 書

事故発生年月日	令和 年 月 日	事故発生場所	
被害者氏名 (被保険者又は被扶養者名)		加害者氏名 (相手方)	

上記事故に関して、私が健康保険法による保険給付を受けるにあたり、以下の事項を遵守することを誓約します。

- (1) 相手方と示談を行う場合は、必ず事前に健康保険組合にその内容を申し出ること。
- (2) 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
- (3) 相手方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、かつ遅滞なく健康保険組合に届け出ること。

上記事故に関して、私が健康保険法による保険給付を受けた場合は私の有する損害賠償請求権及び保険会社等(相手方もしくは私が損害賠償請求できる自動車保険・自賠責保険会社(共済)等をいう。以下同じ)に対する被害者請求権を、健康保険法第57条第1項の規定によって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、かつ損害賠償金を受領することについて同意します。

上記事故に関して私の個人情報及びこの念書兼同意書の取り扱いにつき、以下の事項に同意します。

- (1) 健康保険組合が私の保険の請求、決定及び給付(その見込みを含む)の状況等について私が保険金請求権を有する人身傷害保険等取り扱い保険会社又は共済に対して提供すること。
- (2) 健康保険組合が私の保険の給付及び上記事故による求償業務に関して必要な事項(保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳等)について保険会社等から提供を受けること。
- (3) 健康保険組合が私の保険の給付及び上記事故による求償業務に関して必要な事項(保険給付額の算出基礎となる資料等)について、保険会社等に対して提供すること。
- (4) この念書兼同意書をもって上記事故による求償業務に関する事項を健康保険組合へ情報提供する保険会社等への同意を含むこと。
- (5) この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

令和 年 月 日

住 所

被 害 者 氏 名

㊞

被保険者氏名

㊞

誓 約 書

事 故 発 生 年 月 日		令和 年 月 日 午前 午後 時 分頃
事 故 発 生 場 所		
傷 病 名		
被 害 者	住 所	
	氏 名	
加 害 者	住 所	
	氏 名	

上記事故については、健康保険法第57条に基づく保険給付を受けましたので、貴職の指示に従い下記条項を必ず履行することを誓約いたします。

記

1. 保険者の代位取得した損害賠償額は、請求され次第必ず納付いたします。
2. 示談成立にあたっては内容を知し示談書(写)を保険者に提出します。
3. 自動車損害賠償責任保険の内容を知らせるとともに請求の際は提出の月日を通知します。

令和 年 月 日

加 害 者 住 所
氏 名 印

静岡鉄道健康保険組合 理事長殿

相手方の自動車(保険)関係・受診状況・示談状況届

令和 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	「あり」の場合は、その理由及び金額、分担割合を記入して下さい。		
		なし			
自動車損害賠償責任保険の期間 (相手方自動車の強制保険)		令和 年 月 日から 月間 令和 年 月 日まで			
相手方自動車の任意保険加入		あり	保 險 会 社 名		証明書の記号番号
		なし			
相手方自動車の任意保険期間		令和 年 月 日から 月間 令和 年 月 日まで			
一括支払関係	保 險 会 社 の	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時	令和 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	令和 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			請求権を放棄したときはその理由	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 (請求者氏名)			
	加害者に対する 損害賠償の請求 及び受領の状況	請 求 し た 請求していない 請 求 し ない	請求した場合は	令和 年 月 日 請求	
				治 療 費	円
		受 領 し た	受領した場合は	令和 年 月 日 請求	
				治 療 費	円
	請 求 し た	請求内容	休業補償費	円	
そ の 他			円		
受 領 し た	請求内容	令和 年 月 日 請求			
		治 療 費	円		
請 求 し た	請求内容	休業補償費	円		
		そ の 他	円		

令和 年 月 日

加 害 者 住 所
氏 名 (印)

静岡鉄道健康保険組合 理事長殿

事故発生状況報告書

保険証明書 番号		当事者	甲(相手方) 氏名	電話	
自動車の番号			乙(被保険者等) 氏名	電話	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	駐停車禁止	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)・	甲車両 km/h(制限速度	km/h)	
事故現場における 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)				
	自動車 相手車 進行方向 信号 一時停止 人間 自転車 オートバイ       				
上記の 説明					

別紙交通事故証明に補足して上記のとおり報告いたします。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係()

乙との関係()

(印)