

## 第三者行為による傷病届

被保険者証 記号・番号	記号	番号	(フリガナ)	被保険者名	印
	事業所名		部署名		
所属部店					
被保険者の現住所	〒 -				
	TEL:	- -			
1. 被害者	住所	〒 -			
	氏名	被保険者・被扶養者(続柄)			
	生年月日	年 月 日			
2. 加害者	住所	〒 -			
	氏名	(性別) 男・女			
	生年月日	年 月 日			
3. 加害者の勤務先	住所	〒 -			
	社名				
	電話番号	- -			
4. 事故発生	日時	年 月 日		AM	:
	場所				
	事故取扱 警察署名				
5. 傷病の部位・程度					
6. 診療を受けた病院 名及び医師の住 所、氏名					
被害事故の状況 (詳細に)					
※					

- (1) 第三者の行為によって疾病又は負傷にかかり保険診療を受けたときは、被保険者は直ちにこの届出を健康保険組合に提出すること。
- (2) ※欄には、第三者とどんな協議をしたかについて、損害賠償に関係ある事実を詳しく記入すること。傷害を受けた事故の証明(例えば、交通事故についての警察の証明等)及び示談その他損害賠償に関係ある事実についての証明を添付すること。

【健保使用欄】

常務理事	事務長	担当者

### 自動車損害賠償責任保険内訳

保険証記号・番号	—
所属事業所	
所属部署名	
被保険者氏名	

自賠責保険 証明書番号		第	号	保有者・所有者・使用者	住所	〒 —
保険契約者	住所	〒 —			TEL:	— —
	氏名				氏名	
				契約者との関係	本人 ・ 譲受人 ・ 借受人 その他 ( )	
加害自動車	車種	保険申込書に同じ		加害運転者	住所	交通事故証明書に同じ 〒 —
	使用の本拠地 (都道府県名)	保険申込書に同じ			氏名	交通事故証明書に同じ
	登録番号又は 車両番号 (ナンバープレート)	交通事故証明書に同じ			性別・年齢	男 ・ 女 歳
	車体番号	保険申込書に同じ			職業	
保険期間		保険申込書に同じ			連絡先電話	— —
		自 年 月 日 ヶ月 至 年 月 日 午前12時			保有者との関係	本人 ・ 従業員 ・ 親族(続柄: ) その他 ( )
事故の年月日		交通事故証明書に同じ		被害者	住所	〒 —
任意保険	有無	有 ・ 無 ・ 不明			TEL:	— —
	保険会社				氏名	(フリガナ) .....
	証券番号				性別・年齢	男 ・ 女 歳
				職業		
備考						

# 事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲 (甲車の運転者)	氏名		
乙 (被害者)	氏名	運転 ・ 同乗( 甲車 ・ 甲車以外の車 ) ・ 歩行 ・ その他	
速度	甲車	km/h (制限速度	km/h)
	甲車以外の車	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。)		
	甲車		
	甲車以外の車		
	進行方向		
	信号		
一時停止			
人間			
自転車 オートバイ			
上記略図の説明を	記入して下さい		

甲車以外の車について判明している場合は下欄にご記入下さい。

自動車の番号			
運転者	氏名	TEL:	
保有者	氏名	TEL:	
	住所		

平成      年      月      日

報告者



甲との関係 (                      )

乙との関係 (                      )

# 念 書

りそな健康保険組合理事長 殿

(場所)

年 月 日、 \_\_\_\_\_ において

(加害者)

(被害者)

\_\_\_\_\_ の不法行為により、 \_\_\_\_\_ の被った保険事故に関し、健康保険法による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同法第57条の規定によって、りそな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し立てます。

なお、損害保険会社へ医療費等の請求をする際、病名・医療費の額等が明記されている診療報酬明細書等の写しを活用することに同意します。

また、あわせて下記の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
2. 加害者側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の年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴組合に届け出ること。

年 月 日

住 所 〒 \_\_\_\_\_

被保険者名

印

被扶養者名

印

(被扶養者が受けた事故であるときは連名でご記入下さい。)

# 誓約書

りそな健康保険組合理事長 殿

私は、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ (場所) \_\_\_\_\_ において

発生した保険事故により負傷した被害者 \_\_\_\_\_ 殿の治療費に対し、貴健康保険組合

が負担した費用の内、損害賠償の範囲内において、貴健康保険組合より求償を受けた場合、責任を持つ

てお支払いいたします。

年 月 日

加害者 住所

氏名



連帯保証人 住所

氏名

