

第三者行為による傷病届

制度の内容はこちらからご確認ください。

令和 4 年 9 月 1 日提出

被害者（受傷者）関係	被保険者	記号	番号	氏名	健保太郎		
		5000	6312				
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 墨田区東向島 〇-〇-〇					
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名	健保花子		被保険者との続柄	妻	
被保険者の勤務先	名称	〇〇〇 (株) 新木場支店					
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 江東区新木場 〇-〇-〇					
加害者（相手方）関係	加害者（相手方）	氏名	事故 一郎	生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 平成		
		住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 葛飾区新小岩 〇-〇-〇				
	加害者の（相手方）勤務先	名称	(株) 〇〇〇 飯田橋支店				
		所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 千代田区飯田橋 〇-〇-〇				
不明のときはその理由							
事故内容	傷病名	〇〇骨折、〇〇捻挫					
	発生日時	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 午前 ・午後 〇〇 時 〇〇 分頃					
	発生場所	渋谷区渋谷1丁目2番地交差点					
	種別	交通事故：	自分	自動車・バイク・自転車・ 歩行 ・その他 ()			
		相手	自動車 ・バイク・自転車・歩行・その他 ()				
			殴打・咬傷・刺傷・スポーツ・その他 ()				
所轄警察署	警察に届出済 (渋谷 警察署) ・ 届出なし ・ 不明						
過失の度合	自分の過失度(割合)		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> 受付日付印 </div>				
	0 , 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	相手の過失度(割合)					
		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10					

東京都木材産業健康保険組合

< 添付書類 >

1. 診断書コピー
2. 交通事故証明書原本(交通事故のとき) ・ 発行 : 自動車安全運転センター
3. 人身事故証明書入手不能理由書(交通事故証明書の種別が「物件事故」のとき)
4. その他

治療状況	医療機関	名称	〇〇〇病院		
		所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 渋谷区 〇〇 〇-〇-〇		
	治療期間	入院	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日		
		通院	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日		
治療状況	医療機関	名称	〇〇〇クリニック		
		所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 墨田区向島 〇-〇-〇		
	治療期間	入院	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
		通院	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日		

加害者(相手方)加入の保険	自賠責保険	契約者	事故 一郎	証明書番号	第 AB〇〇〇 号	
		会社名	〇〇〇損害保険(株)			
		所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 千代田区 〇〇 〇-〇-〇			
		登録番号	〇〇〇〇〇	車台番号	LOOB-〇〇〇	
		保険期間	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日			
	任意保険 ◎任意一括対応(有・無)	契約者	事故 一郎	証明書番号	第 KD〇〇〇 号	
		会社名	〇〇〇損害保険(株) 〇〇〇支店 担当者 〇〇〇			
		所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 新宿区西新宿 〇-〇-〇			
		保険期間	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日			
		保険の種別	自動車保険・個人賠償責任保険・他()			

東京都木材産業健康保険組合

被害者の人身傷害保険	会社名及び連絡先	〇〇〇損害保険(株) 〇〇〇支店 担当者 〇〇〇 TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
------------	----------	--

念書兼同意書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (事故発生場所) 渋谷区渋谷1丁目2番地交差点

において、(相手方) 事故 一郎 の不法行為により(受傷者) 健保 花子 の

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、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条の規定によって、貴組合が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、あわせて、次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談を行う場合は、必ず事前に貴組合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(評価額)をもれなく、速やかに届出ること。

なお、この事故に関して、貴組合が損害賠償請求権の行使に必要な当該保険事故に関する私もしくは被扶養者の情報を第三者(事故相手方・損害保険会社・医療機関等)に照会し、その照会内容について情報提供を受けること、また、請求権を行使するために、診療報酬明細書等の写しを提供することに同意します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者 住 所 墨田区東向島 ○-○-○
氏 名 健保 太郎 (印)

被扶養者 住 所 墨田区東向島 ○-○-○
氏 名 健保 花子 (印)