

第三者行為による傷病届

平成 年 月 日提出

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|-----------|-------|--------------|-----------------------|--|
| 被害者 (受 傷 者) 関 係 | 被保険者 | 記号 | 番 号 | 氏名 | | (印) | |
| | | 住 所 | 〒 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 | |
| | 被保険者の 勤 務 先 | 名称 | | | | 支店又は 営業所名 | |
| | 所在地 | 〒 TEL () | | | | | |
| 加 害 者 (相 手) 関 係 | 加 害 者 (相 手) | 氏名 | | | 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日 | |
| | 住 所 | 〒 TEL () | | | | | |
| | 加害者の (相 手) 勤 務 先 | 名称 | | | | 事業内容 又は職業 | |
| | 住 所 | 〒 TEL () | | | | | |
| 加害者の住所氏名などが 判らないときはその理由 | | | | | | | |
| 事 故 内 容 | 傷 病 名 | | | | 発 生 年月日 | 平成 年 月 日 午前・後 時 分頃 | |
| | 発 生 の 場 所 | | | | | | |
| | 種 別 | 交通事故・殴打・刺傷・咬傷・その他 () | | | | | |
| | 事 故 結 果 | 即死、入院中の死亡(死亡 年 月 日)・入院治療・通院治療 | | | | | |
| | 警 察 官 立 会 及 び 所 轄 書 | あ っ た ・ な い ・ な い が 届 出 済 み ・ わ か ら な い | | 警 察 署 | | 派 出 所 | |
| | 過 失 の 度 合 | 自分の過失度 (割合) | | | () 受付日付印 | | |
| | 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

この届出書をご記入された方は、届出書及び関連資料の個人情報の利用・提供について同意されたものとみなします。

| | | | | | |
|------|---------------------------------------|--|-----------|--|--|
| 治療状況 | 医療機関 | 名称 | | | |
| | | 所在地 | 〒 TEL () | | |
| | 治療開始 | 平成 年 月 日 より (入院・通院) している | | | |
| | 転 帰 | 平成 年 月 日 現在 入院治療中 ・ 通院治療中 ・ 治 癒 ・ 中 止 | | | |
| | 治療期間 | 入院期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 通院期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで | | | |
| | 後 遺 症 | あ る ・ ある見込 ・ な い ・ ない見込 | | | |
| 治療見込 | 平成 年 月 日 から 約 日ぐらい ・ 約 カ月ぐらい ・ 不 明 | | | | |

| | | | | | | | |
|---------------|------------|--------|------------------|-----------|----------|--|--|
| 加害者（相手）の自動車保険 | 自賠責保険 | 契約者 | | | 保険加入証の番号 | | |
| | | 契約保険会社 | 名称 | | | | |
| | | | 所在地 | 〒 TEL () | | | |
| | 任意保険加入の有無 | | 加入している ・ 加入していない | | | | |
| | 加入している任意保険 | 契約者 | | | 保険加入証の番号 | | |
| | | 契約保険会社 | 名称 | 担当者 | | | |
| 所在地 | | | 〒 TEL () | | | | |

事 故 発 生 状 況 報 告 書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|-------------------------|--------------------------------|----------------|--|-----|---|-----|---|------|---|-----|---|------|---|------|---|-----|---|----------------|---|
| 甲 (甲車の運転者) | 氏名 | | | 乙 (被害者) | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 運転免許 | 甲 (あり・なし) 乙 (あり・なし) | | | 事故時の 乙(被害者) の 状 態 | 運転・同乗(甲車・甲車以外の車) 徒歩・その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 飲酒の有無 | 甲 (あり・なし) 乙 (あり・なし) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 道路状況 | 見通し 良い・悪い | 道路幅 | 片側 車線道路 中央分離帯 なし・あり (幅 m) 甲車側 (m)、甲車反対側 (m) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 信号又は標識 | 信 号 ある ない | 一時停止標識 ある ない | その他標識 | | 歩道の有無 | 両側・片側 あり・なし | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 速 度 | 甲車両 | km/h(制限速度 | km/h) | 乙車両 | km/h(制限速度 | km/h) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故現場に於ける自動車等と被害者との状況を図示して下さい。 | 事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">自 車</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">相手車</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">進行方向</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">信 号</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">一時停止</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">一方通行</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">人 間</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">自 転 車 オートバイ</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> | | | | | | | 自 車 |  | 相手車 |  | 進行方向 |  | 信 号 |  | 一時停止 |  | 一方通行 |  | 人 間 |  | 自 転 車 オートバイ |  |
| | 自 車 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 相手車 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 進行方向 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 信 号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 一時停止 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 一方通行 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 人 間 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 自 転 車 オートバイ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px dashed black; height: 300px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px dashed black; height: 30px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px dashed black; height: 30px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px dashed black; height: 30px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px dashed black; height: 30px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px dashed black; height: 30px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記図の説明を書いて下さい。 | <div style="border: 1px dashed black; height: 100px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

東京都木材産業健康保険組合

別紙交通事故証明に補足して上記の通りご報告申し上げます。

平成 年 月 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 ()

氏 名 (印)

念 書（兼同意書）

平成 年 月 日（場所）.....において
（加害者）.....の不法行為により（被害者）.....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、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
2. 貴組合が、加害者側（損害保険会社等）に対して求償するにあたり、診療報酬明細書等の写しを添付すること及び自賠責保険への残額調査等についても同意いたします。
3. 加害者側に白紙委任状を渡さないこと。
4. 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、かつ遅滞なく貴組合に届出ること。
5. 損害保険会社（自賠責保険・任意保険）へ初めて行う請求については前もって、その事実、請求内容を貴組合に申し出ること。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

㊞

東京都木材産業健康保険組合 理事長 殿