

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。

平成〇〇年〇〇月〇〇日提出

被害者 (受傷者) 関係	被保険者	記号	番号	氏名	健保太郎	印	
		9000	1234				
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL 〇〇(〇〇〇〇) 1234					
		台東区上野 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)			支店又は営業所名	〇〇支店	
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL 〇〇(〇〇〇〇) 2345 新宿区新宿 〇-〇-〇					
加害者 (相手) 関係	加害者(相手)	氏名	無免許 二郎	生年月日	大・昭・平 〇〇年〇〇月〇〇日		
		住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL 〇〇(〇〇〇〇) 3456 葛飾区新小岩 〇-〇-〇				
	加害者の(相手)勤務先	名称	(株) 〇〇〇	事業内容又は職業	〇〇〇		
		所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL 〇〇(〇〇〇〇) 4567 千代田区飯田橋 〇-〇-〇				
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	〇〇骨折、〇〇捻挫			発生年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 午前・後 〇〇時 〇〇分頃	
	発生の場所	渋谷区渋谷1丁目2番地交差点					
	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 渋谷 警察署 派出所					
	過失の度合	自分の過失度(割合) 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			受付日付印		
	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	〇〇〇〇病院		
		所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL 〇〇(〇〇〇〇) 5678 渋谷区本町 〇-〇-〇		
	治療開始	平成〇〇年〇〇月〇〇日より(入院・通院)している			
	転帰	平成〇〇年〇〇月〇〇日 現在 入院治療中・通院治療中・治癒・中止			
	治療期間	入院期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日から平成 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	平成〇〇年〇〇月〇〇日から 約 日ぐらい・約 6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	無免許 二郎		保険加入証の番号	AB 123456
		契約保険会社	名称	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) 1234 大田区池上 〇-〇-〇		
	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	無免許 二郎		保険加入証の番号	CD 345678
			契約保険会社	名称	〇〇〇損害保険(株) 担当者 甲田	
所在地		〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL 〇〇(〇〇〇〇) 2345 新宿区新宿 〇-〇-〇				

事故発生状況報告書

甲 (甲車の運転者)	氏名	無免許 二郎		乙 (被害者)	氏名	健保花子	
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图示して下さい。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。)						
上記図の説明を書いて下さい。	横断歩道を横断中、左折車(甲)にぶつけられた。						

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 (夫)

氏名 健保太郎 (印)

念 書（兼同意書）

平成〇〇年〇〇月〇〇日（場所）渋谷区渋谷1丁目2番地交差点において

（加害者）無免許 二郎の不法行為により（被害者）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。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 台東区上野〇-〇-〇

氏 名 健保太郎

⑧