

健康保険 第三者の行為による傷病届

※ 被保険者等記号番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

被害者	被保険者	被保険者等記号-番号※	—		氏 名*								
		生年月日	昭和・平成		年	月	日生						
	現住所	〒 TEL											
	被保険者が勤務している事業所	名称・所属				職 種							
		所属先所在地	〒 TEL										
被扶養者がうけた事故である時	被扶養者氏 名		生年月日	昭和・平成・令和		年	月	日	被保険者との続 柄				
第三者（加害者）	第三者(加害者)	氏 名			生年月日	昭和・平成・令和		年	月	日			
		名称・所属				事業内容又は職種							
		所属先所在地	〒 TEL			自動車の保有者との関係							
	第三者(加害者)が未成年者又は責任無能力者の場合は、親権者又は監督義務者	氏 名			生年月日	昭和・平成・令和		年	月	日	(第三者)加害者との続 柄		
		勤務先				事業内容又は職種							
親権者又は監督義務者の住所		〒 TEL											
第三者(加害者)が不明の場合	その理由												
事故（事件）内容	発生年月日	令和		年	月	日 (曜日)	発生場所						
	午前・午後		時	分	頃								
	傷病名												
	種別	自動車事故 ・ バイク 事故 ・ 殴打 殺 傷 ・ その他 ()											
	負傷時の仕事内容や目的、行先等	通勤途上・退勤途上・勤務中・私 用・その他 ()				目的と行 先							
	負傷結果	即 死 ・ 入院直後の死 亡 (死亡日:令和									年	月	日) ・ 治 療
	入院中の死亡												
	警察官の立合	あった ・ な い ・ ないが届出済 ・ 未 届 (理由)											
	所轄署	警 察 署 派 出 所											
過失の度合	自分 がなんぶ				相 手 がなんぶ				合 計				
	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10				1・2・3・4・5・6・7・8・9・10				10				
備 考	健保組合受付印												

【記入内容を訂正する場合】 ①又は②の方法にてご訂正下さい。
①訂正箇所にて二重線を引く ⇒ その上に訂正内容を書く ⇒ その隣にフルネームで小さく署名する
②訂正箇所にて二重線を引く ⇒ 訂正印を押印、その上に訂正内容を書く ⇒「氏名*」の横に同じ印を押す

第三者（加害者）の保険加入状況	自賠責保険	保険証明書番号				自動車ナンバー											
		車体番号															
		契約保険会社	名称														
			所在地	TEL													
		保 険 契約者	氏名				保有者	氏名									
			住所					住所									
運転者(加害者)				保険期間													
任意保険	加 入	有 ・ 無			一括対応	有 ・ 無											
	契約保険会社	名 称				担当部署											
		担当部署所在地	TEL														
		担 当 者															
	保険契約者	氏名				保険の種類											
被保険者等が加入している場合	任意保険	契約保険会社	名 称				担当部署										
			担当部署所在地	TEL													
			担 当 者														
		保険契約者	氏名														
示談の状況	示談が成立(示談書写を添付してください)		交渉中 ・ 成立していない			請求権を放棄した											
	令和		年	月	日	令和		年	月	日現在	令和	年	月	日			
	成立していない場合その理由																
	請求権を放棄した場合その理由																
損害賠償の請求及び支払状況	第三者（加害者）から損害賠償を受けたとき	自動車事故のとき保険会社からの賠償金の受領は	し た(請求者名) ・ し ない ・ 請求中														
		加害者に対する損害賠償の請求	していない ・ し た { 令和											年	月	日	口 頭 ・ 文 書 } 治療費 円 休業補償 円 その他 円
		損害賠償の種類	加害者直接賠償 ・ 保険会社からの賠償 ・ その他 ()														
		賠償金の内訳		請求期間	請求金額		受領期間		請求金額		備 考						
			治療費			円				円							
			休業補償費			円				円							
				(1日につき 円)													
			葬祭費			円				円							
			慰謝金			円				円							
			見舞金			円				円							
障害補償費			円				円										
その他 ()			円				円										
合計			円				円										

事故(事件)発生状況報告書

当 事 者	甲（甲車の運転者・相手方）	氏 名			自動車・バイク・自転車 歩行・その他（ ）									
	乙（被害者・受診者）	氏 名			自動車(運転)・自動車(同乗) バイク・自転車・歩行・ その他（ ）									
天 候	晴・曇・雨・雪・霧・その他（ ）	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・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・いない											
	*一時停止標識 ある・ない		*その他（											
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（事件）現場に於ける自動車と被害者との状況を图示して下さい。	事故(事件)発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)													
上書 記いて 図の下 説明を。														
	別紙交通事故証明書に補足として上記のとおりご報告申し上げます。										健保組合受付印			
	令和 年 月 日 被保険者氏名 ㊞													

治 療 状 況	治 療 を う け た 時	この事故で医師の 治療をうけましたか	うけた ・ うけない					
		医療機関	名称				電話番号	
			所在地	都道府県	市区町村			
			名称				電話番号	
			所在地	都道府県	市区町村			
			名称				電話番号	
			所在地	都道府県	市区町村			
		支払方法 (治療期間)	健康保険 加害者負担 自賠責保険 (そ の 他) (月 日～ 月 日) (月 日～ 月 日) (月 日～ 月 日) (月 日～ 月 日)					
		治療開始	令和 年 月 日開始 入院 ・ 通院					
		転帰	(年 月 日現在) 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治 癒 ・ 中 止					
		治療期間	入院 自 令和 年 月 日 ～ 至 令和 年 月 日 通院 自 令和 年 月 日 ～ 至 令和 年 月 日					
			後遺症	ある ・ ある見込 ・ な い ・ ない見込				
	治療見込	令和 年 月 日 から 約 日 ぐらい 入院 令和 年 月 日 から 約 日 ぐらい 通院						
この事故が理由で会社を休みましたか			休んだ(休暇名 有給休暇 ・ 欠勤 ・ その他()) ・ 休んでいない					

東京海上日動健康保険組合 御中

念 書

令和 年 月 日 (場所) _____ におい

て (加害者・相手方氏名) _____ の不法行為により、

(被害者・受診者氏名) _____ 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、私が加害者にたいして有する損害賠償請求権を、健康保険法第57条第1項の規定によって、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致します。

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。なお、示談が成立した場合は、示談書のコピーを速やかに送付すること。
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、受領年月日、金品の内容をもれなくかつ遅滞なく貴組合に届出ること。

令和 年 月 日

住所 〒 _____

被保険者氏名

⑩

受診者氏名

(受診者が被保険者の場合は不要)

⑩

同意書

令和 年 月 日

東京海上日動健康保険組合 御中

私の令和 年 月 日の事故(事件)による受傷について、貴組合が

「第三者の行為による傷病届」に基づいて自賠責保険会社、損害保険会社、又

は相手方（加害者）へ求償を行う際、私の受傷に関する診療(調剤)報酬明細書の

写し及び健康保険療養費支給申請書（又は第二家族療養費支給申請書）の写し、

届出した第三者の行為による傷病届及び事故発生状況報告書の写し並びに第三

者の行為による傷病届に付随して提出した関連書類等の写しを自賠責保険会社、

損害保険会社、又は加害者（相手方）に提出することに同意します。

被保険者等 記号 - 番号※	—
被保険者氏名	㊞
(受診者の) 住 所	
受診者氏名 受診者が被保険者の 場合は不要	㊞
受診者が未成年者の 場合、親権者の氏名	㊞

※被保険者等記号番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認ください。

東京海上日動健康保険組合
理 事 長 殿

誓 約 書

令和 年 月 日 (加害者 ・ 被害者)の事故(事件)により加害者が東京海上日動健康保険組合に及ぼした損害 (第三者行為による傷病の医療費ならびに療養の給付費、給付金)を下記により賠償金として支払うことを誓約いたします。

記

東京海上日動健康保険組合が保険給付した額については、請求があった時、指定納付期限までに指定口座へ納付いたします。

第三者 (加害者)

令和 年 月 日

住 所 〒

氏 名 ⑩

未成年者の場合は親権者名と続柄

親権者名 ⑩ 続柄 ()

電 話 番 号

交通事故の場合、第三者 (加害者) 加入の損害保険会社

令和 年 月 日

会 社 名 ⑩

所 在 地 〒

担当者氏名

電 話 番 号

以上

令和 年 月 日

治療費の求償先について

今回の事故（事件）により、貴組合が私の治療費を求償する際の求償先は、以下の通りです
のでご連絡致します。

＜保険会社の場合＞ ※自身の人身障害保険特約にて対応している場合においても、相手方が加入する
保険会社についてご記入ください。

保 險 会 社 名	
保 險 会 社 所 在 地	〒 ー
電 話 番 号	
事 故 発 生 年 月 日	令和 年 月 日
加入保険の種類(名称)	
証 券 番 号	
契 約 者 名	
保 險 期 間	
保険会社担当者氏名等	担当者氏名： 担当者の所属先： 電話番号：
備 考	

＜相手方（加害者）直接の場合＞

事 故 発 生 年 月 日	令和 年 月 日
相 手 方 氏 名	当事者名： 親権者名： （当事者との続柄： ）
書 類 送 付 先	〒 ー
電 話 番 号	
備 考	