第三者の行為による傷病届

（その 1）

提出日	令和　年　月　日	
常務理事	事務長	係　員

害者・加害者関係	被保険者証記号・番号	記号		氏　名	印	
		番号		現住所		
	被害者が勤務している事業所	名　称				
		所在地				
	被扶養者が受けた事故であるとき	氏　名		被保険者との続柄		
	加害者	氏　名		生年月日	大 昭 平 令　年　月　日	
		現住所				
	加害者の勤務先	名称又は氏名		事業内容又は職業		
		所在地又は住所				
	加害者の住所・氏名が判らないとき	その理由				

事故内容	傷病名		発生年月日	平成・令和　年　月　日 午前・午後　時　分頃
	発生の場所			
	種類	自動車事故 ・ バイク事故 ・ 自転車事故 ・ 殴打 ・ 刺傷 ・ その他(　　)		
	事故結果	即死 ・ 入院中の死亡 ・ 入院直後の死亡（死亡　年　月　日） ・ 治療		
	警察官の立会	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない		
	所轄署	警察署　　派出所		
	過失の度合	自分の過失割合	相手の過失割合	
		0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	

受付日付印

この届に添えて提出する書類	自動車事故のとき	1　自動車事故証明書 2　事故発生状況報告書 3　診　断　書 4　死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書
		5　示談をしているときは示談書の写し

（その 2）

加害者の自動車保険加入状況	自賠責保険	損保会社名称		契約期間	自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日
	任意保険	ある ・ ない		契約期間	自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日
	保険証券番号	第 号		契約者氏名	
	契約保険会社	名称		担当者	
		所在地	TEL（ ） －		

損害賠償の請求関係	自動車事故のとき、保険会社から賠償金の受領について	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	年 月 日 口頭・文書	治療費 円 作業補償 円 その他 円

治療状況	この事故で医師の治療を受けましたか	受けた ・ 受けない	
	医療機関	名称	
		所在地	TEL（ ） －
	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他（ ）	
	治療開始日	平成・令和 年 月 日 入院 ・ 通院	
	転帰	入院中・通院加療中・治癒・中止（平成・令和 年 月 日現在）	
	入院治療期間	入院	自 平成・令和 年 月 日 ～ 自平成・令和 年 月 日
		通院	至 平成・令和 年 月 日 ～ 至平成・令和 年 月 日
	治療見込	平成・令和 年 月 日から 約 日 月 ぐらい	

上記の通り、第三者の行為による傷病を届け出します。

令和 年 月 日

長谷工健康保険組合 理事長 殿

〒

被保険者 住 所

氏 名 印

ＴＥＬ

（注）※業務上や通勤途上のケガや病気は労災保険が適用されますので、健康保険は使えません。
※症状が「治癒」「症状固定」と診断された場合や示談交渉を行う前には必ずご連絡ください。
※交通事故の場合は「交通事故証明書」を必ずご提出ください。

令和　　年　　月　　日

自動車任意保険加入状況

加害者が（自動車）任意保険に加入されている場合は、必ずご記入下さい

<table>
<tr><td colspan="5">任意保険加入状況について</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">契約保険会社</td><td>名　称</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td>TEL(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="3">保険証券記号番号</td><td colspan="2">第　　号</td></tr>
<tr><td rowspan="2">契約者</td><td colspan="2">住　所</td><td colspan="2">TEL(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">自動車</td><td colspan="2">車　種</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">都道府県別</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">登録番号又は
車両番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">車体番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">保険期間</td><td colspan="2">自平成・令和　年　月　日 ～ 至平成・令和　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">事故発生日時</td><td colspan="2">平成・令和　年　月　日（　）午前・午後　時　分頃</td></tr>
<tr><td colspan="3">事故発生場所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">被害者</td><td colspan="2">住　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　名</td><td></td><td>男・女</td><td>才</td></tr>
<tr><td colspan="2">職　業</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">保有者</td><td colspan="2">住　所</td><td colspan="2">TEL(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">運転者</td><td colspan="2">住　所</td><td colspan="2">TEL(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　名</td><td></td><td>男・女</td><td>才</td></tr>
<tr><td colspan="2">保有者との関係</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">備　考</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

事故発生状況報告書

<table>
<tr><td rowspan="2">当事者</td><td>甲（加害運転者）</td><td colspan="4">氏 名
(電話)</td></tr>
<tr><td>乙（被 害 者）</td><td colspan="3">氏 名
(電話)</td><td>運転・同乗
歩行・その他</td></tr>
<tr><td colspan="2">事故当時の速度</td><td colspan="4">甲　　km/h(制限速度　　km/h)、乙　　km/h(制限速度　　km/h)</td></tr>
<tr><td colspan="2">天候</td><td>晴・曇・雨・雪・霧</td><td>交通状況</td><td>混雑・普通・閑散</td><td>明け方・昼間・夕方・夜間</td></tr>
<tr><td>事故現場における衝突までの状況を図示してください</td><td colspan="5">事故発生状況略図（道路幅をｍで記入して下さい。）

× 衝突地点
■ 甲車両
□ 乙車両</td></tr>
<tr><td>上図の説明を書いて下さい</td><td colspan="5">(詳しく)</td></tr>
</table>

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおりご報告します。

令和　　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・令和　　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、私が相手側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、健康保険組合が給付の価格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。

なおあわせて以下の事項を遵守することを誓約します。

1. 治癒、治療中止、または症状固定と診断された場合、もしくは加害者と示談を行なおうとする場合は、必ず前もって健康保険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）をもれなくかつ遅滞なく健康保険組合に届出ること。
4. 保険給付の限度において、自動車損害賠償責任保険金（共済金）に長谷工健康保険組合より私が優先して受領したために、組合が受領すべき金額の一部または全部を受領できなかった場合は、組合が受領できなかった金額を私が組合に弁済すること。

また、上記保険事故について、私の個人情報およびこの念書（兼同意書）の取扱につき、以下の事項に同意します。

1. 健康保険組合が加害者（損害保険会社）に損害賠償請求をする際に必要な「事故発生状況報告書」、「診療報酬明細書等（レセプト）の写し」、「交通事故証明書」を加害者（損害保険会社）に提供すること。
2. 健康保険組合が私の保険事故の給付の損害賠償請求に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額や内訳（その見込みを含む）等）について、保険会社から情報提供を受けること。
3. この念書（兼同意書）を保険会社等へ提示すること。

令和　　年　　月　　日

長谷工健康保険組合　理事長　殿

住 所

被保険者

氏 名　　印

誓　約　書

(1) 事故発生日 平成・令和　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分頃
(2) 事故発生場所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の事故について加害者＿＿＿＿＿＿＿＿は、被害者＿＿＿＿＿＿＿＿に対して負う、損害賠償につき、被害者が健康保険法による、保険給付を受けた場合は、下記事項を遵守することはもちろん、その費用を保証人と連帯して、長谷工健康保険組合に弁済することを誓約いたします。

記

1. 貴組合より、被害者が受けた保険給付の請求があったときは、遅滞なくその負担額を貴組合に支払うこと。
2. 被害者が受けた保険給付の損害賠償については、常に誠意をもって貴組合の申し出に応じること。
3. 被害者と示談を結ぶ場合は、事前に貴組合に申し出ること。
4. 加害者側の連帯保証人は、長谷工健康保険組合に対し、連帯して治療費の責務を負担すること。
5. 上記事項に違背した場合は貴組合において、いかなる処置をとられても異議の申し立てをしないこと。

令和　　年　　月　　日

長谷工健康保険組合　理事長　殿

加害者　本籍地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

現住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

連帯保証人　本籍地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（保険会社でも可）　現住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印