

健康保険

第三者の行為による傷病届(1)

(様式第1号の1)

記載上の注意

該当文字を○でかこみ署名した場合は押印不要です。

被害者	被保険者証 記号番号	記号 〇〇	フリガナ ケンコウ イチロウ	氏名 健康 一郎	生年月日 大 昭 平 44年 8月 1日 (43 歳)
	現住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 大阪市中央区〇〇〇-〇-〇			
	被保険者が勤務 している事業所	名称	〇〇〇株式会社 〇〇〇部〇〇〇〇		
		所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 大阪市住吉区〇〇〇〇-〇-〇〇		
被害者	被扶養者がうけた 事故であるとき	フリガナ			被保険者 との続柄
		氏名			
加害者	加害者	フリガナ	ホケン ハルオ	大 昭 平	生年月日
		氏名	保険 春夫	〇〇年 〇月 〇日	
	加害者の勤務先	名称または 氏名	〇〇商事株式会社	社員	所在地 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 大阪市北区〇〇〇-〇-〇〇
		所在地 または住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 大阪市西区〇〇〇-〇〇-〇		
加害者の住所氏 名がわからない とき	その理由				
事故内容	傷病名	頸椎捻挫		発生日	平成 〇〇年 〇月 〇日(〇時 〇分頃)
	発生の場所	大阪市北区〇〇〇-〇-〇〇			
	種別	自動車事故・バイク事故・殴打・刺傷・その他()			
	事故結果	即死・入院直後の死亡(死亡年月日) 治療			
	警察官の立ち会い	あった・ない・ないが届出済・わからない			
	所轄署	〇 警察署		派出所	
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		
	治療を始めた日	〇〇年 〇月 〇日から (入院 〇月 〇日) 通院			
治療代の支払方法	健康保険・被害者負担・加害者負担・その他()				

① 事故発生 の詳細な 状況	業務上の災害のときは業務の目的					
	天候	晴れ・曇	雨	雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散
② 事故発生 現場の 見取図	道路状況	舗装	舗装してある	舗装してない	歩道(両・片)	ある
	信号または標識	信号 赤		駐停車禁止	その他標識	
	速度	甲車両	〇km/h(制限速度 〇〇km/h)	乙車両	〇〇km/h(制限速度 〇〇km/h)	
	道幅をmで記入					
<p>表示符号</p> <ul style="list-style-type: none"> 自 車 相手車 進行方向 信 号 一時停止 人 間 自 転 車 オートバイ 横断歩道 接 触 点 						

記載上の注意

①欄は第三者の行為によって生じた事故について第三者(相手方)の行動および被害者の行動をできるだけわかりやすく、順序を追って記載し、事故の場所に居合わせない者が読んでもその時の状況が明瞭に判断できるように記載してください。

②欄は事故発生場所の見取図を記載し、かつ被害者と加害者との行動を赤点線で表示してください。

健康保険

第三者の行為による傷病届(2)

(様式第1号の2)

加害者の自動車保険加入状況	自賠責保険	契約の有無及び期間	している (平成 00年 00月 00日 ~ 00年 00月 00日) ・ していない			
		加入証明記号番号	第 0000 号	契約者名	保険 春夫	
		契約保険会社	〇〇損害保険株式会社			
		管轄店 (所在地・連絡先)	店名 〇〇支社 〒000 - 0000 大阪市北区〇〇〇-〇〇-〇〇	担当者名	〇〇 〇〇〇	電話
	任意保険	契約期間	している (平成 00年 00月 00日 ~ 00年 00月 00日) ・ していない			
		証券記号番号	第 00000 号	契約者名	保険 春夫	
		契約保険会社	〇〇〇〇〇〇保険株式会社			
		管轄店 (所在地・連絡先)	店名 〇〇支店 〒000 - 0000 大阪府中央区〇〇-〇-〇〇	担当者名	〇〇〇 〇〇	電話
示談状況	示談が成立していますか	いる 平成 年 月 日 いない・交渉中 平成 00年 0月 00日 現在				
	成立していない理由					
	請求権を放棄した	平成 年 月 日	理由			
損害賠償の請求および支払状況	自動車事故の時保険会社の賠償金の受領	した ・ しない ・ 請求中 (請求者名 保険 春夫)				
	加害者に対する損害賠償の請求	した (平成 00年 0月 00日 口頭・文書) していない (理由)				
	第三者(加害者)から損害賠償をうけたとき	加害者直接賠償・保険会社からの賠償・その他 ()				
		内 訳				
		種 別	金 額	受領年月日	備 考	
		治療費(入院費を含む)	┆ ┆			
		休業補償費	┆ ┆		自 平成 年 月 日 日分 至 平成 年 月 日	
		葬祭費	┆ ┆			
		慰謝料	┆ ┆			
		見舞金	┆ ┆			
		障害補償費	┆ ┆			
			┆ ┆			
			┆ ┆			
		合 計	┆ ┆			

同意書

(場所)

私は、平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 大阪市北区〇〇〇-〇-〇〇 において、
(加害者名) (被害者名)
保険 春夫 の過失により 健康 一郎 の被った保険事故に

ついて、私の治療に関わる診療報酬明細書ならびにその内容を、日本ハム健康保険組合が
健康保険法第 59 条の規定により代位取得した損害賠償請求権を行使するため、第三者
行為求償の請求明細として使用することに同意します。

平成 〇〇 年 〇 月 〇〇 日

住所 大阪市中央区〇〇〇-〇-〇

氏名 健康 一郎

印印

電話番号 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

日本ハム健康保険組合 理事長 殿

(加害者用)

念 書

わたくしは、平成 〇〇年 〇月 〇日（場所：大阪市北区〇〇〇-〇-〇〇）において生じた事故・障害により、（被害者：健康 一郎）の被った保険事故について、健康保険法による保険給付の価額の限度とし、その責任過失割合相当分の費用を民法第 709 条、民法第 722 条第 1 項、健康保険法第 57 条の規定にもとづき、貴組合から損害賠償の請求があった場合は、責任をもってお支払いすることを誓約します。

平成 〇〇年 〇月 〇〇日

住所 大阪市北区〇〇〇-〇-〇〇

氏名 保険 春夫

印

電話番号 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

連帯保証人

住所 大阪市北区〇〇〇-〇-〇〇

氏名 保険 秋雄

印

電話番号 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

日本ハム健康保険組合 理事長 殿

(被保険者・被扶養者 用)

念 書

平成 〇〇年 〇 月 〇 日 (場所: 大阪市北区〇〇〇-〇-〇〇) に
おいて、(加害者: 保険 春夫) の加害行為により、
(被害者: 健康 一郎) の被った保険事故について、
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、当健康
保険組合が負担した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、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行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け出ること。

平成 〇〇年 〇 月 〇〇 日

住所 大阪市中央区〇〇〇-〇-〇

氏名 健康 一郎

印 印

電話番号 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

日本ハム健康保険組合 理事長 殿