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、必要事項を記入してください。

届書の氏名を本人自ら署名した場合は押印不要です。

被害者	被保険者の記号・番号	記号 番号	フリガナ 氏名	印
			生年月日	昭　平　令　　年　　月　　日（　　歳）
	現住所	〒　－	TEL　－　－	
	被保険者が勤務している事業所	名称		
		所在地	〒　－　TEL　－　－	
	被扶養者がうけた事故であるとき	フリガナ 氏名	被保険者との続柄	
		生年月日	大　昭　平　令　　年　　月　　日（　　歳）	
加害者	加害者	フリガナ 氏名	生年月日	昭　平　令　年　月　日
		所在地	〒　－　TEL　－　－	
	加害者の勤務先	名称または氏名	事業内容または職業	
		所在地または住所	〒　－　TEL　－　－	
	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		発生年月日	年　月　日(　) 午前・午後　時　分頃
	発生の場所			
	種別	自動車事故・バイク自転車事故・殴打刺傷・その他（　　）		
	事故結果	即死・入院直後の死亡・入院中の死亡（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	警察署　　派出所		
治療状況	医療機関	名称		
		所在地	TEL　－　－	
	治療を始めた日	年　月　日から（入院 自　月　日 至　月　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						
②事故発生現場の見取図	天候	晴れ・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼・夜・明け方・夕方	
	道路状況	舗装 してある／してない	歩道(両・片) ある／ない	直線・カーブ	平坦・坂	見通し 良い／悪い	
	信号または標識	信号	駐停車禁止	その他標識			
	速度	甲車両　km／h(制限速度　km／h)・乙車両　km／h(制限速度　km／h)					

道幅をmで記入

表示符号

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易く、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記載してください。

②欄は事故発生の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（　年　月　日～　年　月　日）・していない			
		加入証明記号番号	第　号	契約者名		
		契約保険会社				
		管轄店（所在地・連絡先）	店名	担当者名		
			〒　－		電話	－　－
	任意保険	契約期間	している（　年　月　日～　年　月　日）・していない			
		証券記号番号	第　号	契約者名		
		契約保険会社				
		管轄店（所在地・連絡先）	店名	担当者名		
			〒　－		電話	－　－
示談状況	示談が成立していますか		いる　年　月　日			
			いない・交渉中　年　月　日　現在			
	成立していない理由					
	請求権を放棄した		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　）			
	加害者に対する損害賠償の請求		した（　年　月　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　年　月　日　日 至　年　月　日　分
		葬祭費				
		慰謝料				
		見舞金				
		障害補償費				
		合計				

同　意　書

（場　所）

私は、令和　　年　　月　　日　　において、

（加害者名）　　（被害者名）

の過失により　　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。

令和　　年　　月　　日

住所

氏名　　印

電話番号

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、令和　　年　　月　　日（場所：　　）において生じた事故・障害により、（被害者：　　）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。

令和　　年　　月　　日

住所

氏名　　印

電話番号

連帯保証人

住所

氏名　　印

電話番号

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

令和　　年　　月　　日（場所：　　）において、
（加害者：　　）の加害行為により、
（被害者：　　）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．加害者が契約する自動車損害賠償責任保険（以下自賠責という）に保険金支払を請求する時は、その請求内容と請求月日を貴組合に通知します。
３．前項の請求額と貴組合の給付額の合計額が、自賠責保険の給付限度額を超える場合は、それぞれが比例按分によって計算した金額を受領することに異議ありません。（前項の通知を怠り、貴組合より私が自賠責保険を受領した場合は、その比例按分によって計算された貴組合分の金額を貴組合に支払います。）
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、かつ遅滞なく健康保険組合に届け出ること。
５．受診している医療機関の変更･増減させたとき、治療終了の見込みが立ったとき、及び終了したときは貴組合に通知します。

令和　　年　　月　　日

住所

氏名　　印

電話番号

日本ハム健康保険組合　理事長　殿