

記入例

第三者行為による傷病届

(健康保険法施行規則第52条)

個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

※ご記入は太枠欄を必ずボールペン又はペンでお願いします。

Form with sections: ①被害者(本人・家族), ②事故内容, ③受診した機関名・期間・医療費の支払い方法, ④過失割合の状況, ⑤示談内容, ⑥相手(加害者), ⑦相手側(加害者)の自動車保険加入状況. Includes fields for name, address, date, and insurance details.

提出日 年 月 日

事業主受付

健保受付

被保険者氏名 印

※ご記入は太枠欄を必ずボールペン又はペンでお願いします。

事故発生状況報告書																				
別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。																				
甲 (甲車の運転者)	氏名 大阪 花子	乙 (被害者)	氏名 健保 花子	運転 ・同乗・(甲車・甲車以外の車) 歩行・その他																
速度	甲車 10 km/h(制限速度	km/h)	甲車以外の車	km/h(制限速度																
道路状況	見通し良い 悪い	道路幅	甲車側 (約5 m)	甲車以外の車側 (約5 m)																
信号又は標識	信号 有り 無し	一時停止標識	有り 無し	その他標識																
事故現場における自動車と被害者との状況を图示してください。	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい。) <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">略図を記入して下さい</div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <table style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <tr><td>甲車</td><td></td></tr> <tr><td>甲車以外の車</td><td></td></tr> <tr><td>進行方向</td><td></td></tr> <tr><td>信号</td><td></td></tr> <tr><td>一時停止</td><td></td></tr> <tr><td>一方通行</td><td></td></tr> <tr><td>人間</td><td></td></tr> <tr><td>自転車</td><td></td></tr> </table> </div>				甲車		甲車以外の車		進行方向		信号		一時停止		一方通行		人間		自転車	
甲車																				
甲車以外の車																				
進行方向																				
信号																				
一時停止																				
一方通行																				
人間																				
自転車																				
上記図の説明を書いて下さい。	交差点にて、出合頭に衝突																			

2015年12月25日

報告者 甲との関係 (本人) 氏名 大阪 花子 印 _____

乙との関係 () 氏名 _____ 印 _____

記入例

(様式番号 45)

届出③

※ご記入は必ずボールペン又はペンでお願いします。

念 書

2015年10月5日、場所 奈良県〇〇市△△町1-2-3 に於いて(加害者) 大阪 花子
の不正行為により(被害者) 健保 花子 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67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、且つ賠償金を受領することに異議の
ないことを書面をもって申し立てます。

なお、損害保険会社へ医療費等の請求をする際、病名・医療費の額等が明記されている診療報酬明細
書等の写しを活用されることに同意します。

また、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. 加害者の自賠責保険等に被保険者請求するときは必ず前もって健康保険組合に連絡すること。
3. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。

2015年12月25日

シャープ健康保険組合 理事長 殿

被保険者 住 所 大阪市〇〇区△△町1-2-3
氏 名 健保 太郎 印

記入例

(様式番号 46)

届出④

※ご記入は必ずボールペン又はペンでお願いします。

誓約書

(1) 事故発生年月日 **2015**年**12**月**1**日 **午前** **10**時**30**分頃

(2) 事故発生場所 **奈良県〇〇市△△町1-2-3**

上記の事故について(加害者) **大阪 花子** は(被害者) **健保 花子** に対して負う損害賠償につき、被害者が健康保健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シャープ健康保険組合に弁済することを誓約致します。

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、常に誠意を持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. 加害者の加入する保険会社は、シャープ健康保険組合に対し、治療費の債務を負担すること。
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。

2015年**12**月**25**日

シャープ健康保険組合 理事長 殿

住 所 **奈良県△△市□□町4-5-6**
加害者氏名 **大阪 花子** 印
電話番号 **1111 (1234) 5678**

住 所 _____
連帯保証人氏名 _____ 印
(加害者が未成年の場合
記入が必要です。) 電話番号 _____

住 所 **奈良県△△市〇〇町9-8-7**
会社名 **〇〇海上** 印
保険会社代表者名 _____
電話番号 **1111 (5678) 1234**
担当者 **海上 太郎** 印

※請求方法(相手側)任意一括で処理されますか。

○印して下さい 1. する

2. しない