

第三者の行為による負傷疾病の届 (交通事故用)

被 保 険 者	被保険者証 記号番号	2312-1000	勤務先 事業所名	〇〇病院		部署名	医事課		
	氏名	健保 太郎			(健保)	性別	男	生年月日	昭平 〇〇年〇〇月〇〇日
	住所	〒231-0000 横浜市中区尾上町〇〇-〇〇			電話番号	090-000-0000			
(受 害 者)	氏名	健保 太郎	性別	男	生年月日	昭平 〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者 との続柄	本人	
	住所	〒231-0000 横浜市中区尾上町〇〇-〇〇			電話番号	090-000-0000			
(加 害 者)	氏名	〇野 ×雄	性別	男	生年月日	昭平 〇〇年〇〇月〇〇日	職業	会社員	
	住所	〒146-0000 東京都大田区池上〇-〇			電話番号	090-000-0000			
	勤務先	〇〇電気	勤務先 所在地	〒000-0000 東京都大田区蒲田〇〇 〇〇ビル		Tel	03-0000-0000		
	加害者が不明の ときはその理由								
事故発生 日時	平成 24 年 4 月 1 日 (日曜日) 午前 8 時 00 分頃				事故発生 場所	羽田空港駐車場入り口			
警察への 届出	(有) (人身事故・物損事故) (空港) 警察署 ・ 無								
事故の加害者(第三者)の自動車保険加入状況									
自 賠 責 保 険	保険会社名	〇〇火災海上保険		保険会社 所在地	〒000-0000 東京都大田区大森〇〇 担当者 山田 Tel 03-0000-0000				
	自動車の 種別	自家用自動車		登録番号 (車両番号)	品川 440 〇 9999	車台番号	C99-000000		
	自賠責証明書番号	第	MNB9999K	号	保険期間	自平成 23 年 8 月 1 日 至平成 24 年 8 月 1 日			
	保険契約者	氏名	〇〇電気	住所 (所在地)	東京都大田区蒲田〇〇 〇〇ビル		関係	保有者との 加害者との	本人 社員
自動車保有者	氏名	〇〇電気	住所 (所在地)	東京都大田区蒲田〇〇 〇〇ビル		加害者との 関係	社員		
任 意 保 険	保険会社名	××火災海上保険		保険会社 所在地	〒000-0000 東京都大田区蒲田〇〇 担当者 田中 Tel 03-0000-0000				
	契約証書番号	第	K0000000	号	保険期間	自平成 23 年 8 月 1 日 至平成 24 年 8 月 1 日			
	保険契約者	氏名	〇〇電気	住所 (所在地)	東京都大田区蒲田〇〇 〇〇ビル				
	任意一括について(※)								

(※)任意一括とは、任意保険が窓口となり自賠責保険の保険金分も一括して被害者に支払う仕組みです。

受付印

事故証明書などを参考に、判
る範囲でご記入ください。

治療状況	①	医療機関	名称	〇〇病院	入院	平成24年4月1日～24年4月2日
			所在地	東京都大田区〇〇 〇〇-〇〇	通院	平成 年 月 日～ 年 月 日
		支払方法	<input checked="" type="radio"/> 自費 ・ 加害者負担 ・ 自賠責 ・ 健康保険		傷病名	頭部打撲 頸部捻挫
	②	医療機関	名称	××病院	入院	平成 年 月 日～ 年 月 日
			所在地	横浜市〇〇区〇〇	通院	平成24年4月3日～ 年 月 日
		支払方法	自費 ・ 加害者負担 ・ 自賠責 ・ <input checked="" type="radio"/> 健康保険		傷病名	頸部捻挫
③	医療機関	名称		入院	平成 年 月 日～ 年 月 日	
		所在地		通院	平成 年 月 日～ 年 月 日	
	支払方法	自費 ・ 加害者負担 ・ 自賠責 ・ 健康保険		傷病名		
	治癒見込 (治療終了日)	平成24年5月頃	不明	(注) 治療費の支払区分は医療機関に確認して○で囲んでください。 治療が終了しているときは最終受診日を記入してください。		
休業補償	休業(治療)中の休業補償について(該当する記号に○をしてください)					
	ア 加害者(第三者)が負担	イ 職場から支給	<input checked="" type="radio"/> 自賠責保険へ請求			
示談の状況	示談・和解について(該当する記号に○をしてください) ※示談をしている場合は、示談書の写しを添付してください					
	ア 示談が成立 (成立日 平成 年 月 日)					
	イ 示談交渉中					
損害賠償の支払状況	<input checked="" type="radio"/> 示談していない (理由: 治療中のため)					
	加害者(第三者)・損害保険会社からの賠償金の受領			請求中		
	受けた			受けていない		
	(平成 年 月 日請求)					
賠償金を受けた場合	受領日	年 月 日	受領金額	円	受領名目	()
		年 月 日		円		()
		年 月 日		円		()

○自動車事故以外の交通事故の場合で、相手方が損害保険等に加入している場合はこちらに記入してください。

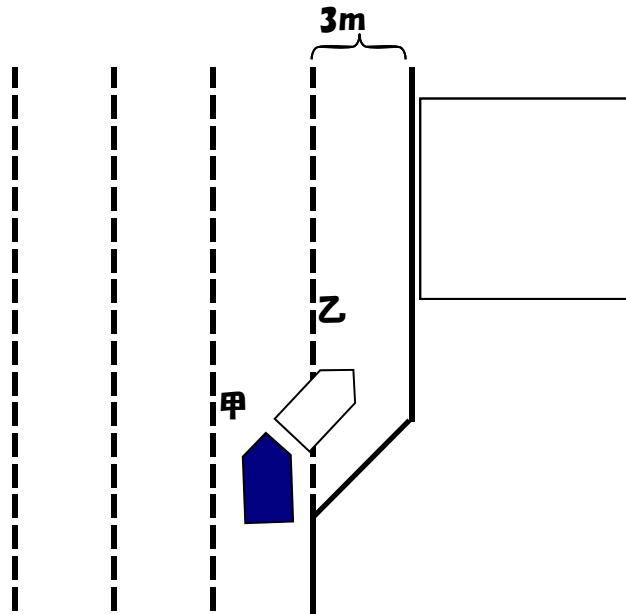
保険関係	保険の種類		契約証書番号	
	保険会社名		保険会社所在地	〒 TEL
	保険契約者		住所(所在地)	〒 TEL
	保険契約期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		

事故発生状況報告書

証明書番号 (相手方自賠責)	第 MMB9999K 号	当事者	甲 (相手方・第三者)	氏名	○野 ×雄	連絡先	090-000-0000
自動車の 登録番号	品川 440 ○ 9999		乙 (受診者)	氏名	健保 太郎	連絡先	090-000-0000
乙(受診者) の状態	運転○・同乗・歩行・その他()		交通状況	混雑・普通○・閑散			
天候	晴れ○・曇り・雨・雪・霧		明暗	昼間○・夜間・明け方・夕方			
道路状況	見通し	良○・悪	形状①	直線○・カーブ	形状②	平坦○・坂	
速度	甲車両 40 km/h(制限速度 40 km/h)			乙車両 30 km/h(制限速度 40 km/h)			
信号	信号の有無	有・無○	信号の色	甲者側信号 (青・赤・黄) 乙者側信号 (青・赤・黄)			
標識	一時停止標識	有・無○	駐停車禁止	有○・無	その他の標識()		

事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)

事故発生状況を图示してください。



上記図の説明を書いてください。

乙の車が空港の駐車場に入ろうとウィンカーを出し、速度を落として車線変更しようとしたところ、甲の車が後ろから追突した。

平成 **24** 年 **4** 月 **10** 日

報告者 甲との関係(被害者)
乙との関係(本人)

氏名 **健保 太郎**



【第三者行為】

健康保険

負傷原因届

常務理事	事務局長	課長	主任	係

被保険者について	記号	2312	番号	1000	※被扶養者が負傷した場合には↓の太枠内もご記入下さい。			
	フリガナ氏名	健保太郎			被扶養者フリガナ氏名			
	生年月日	昭和・平成〇〇年〇〇月〇〇日生			生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
	住所	〒231-0000 横浜市中区尾上町〇〇-〇〇				電話	090 (000) 0000	

負傷による事実関係について	負傷した日時	平成 24 年 4 月 1 日 (日 曜日) <input checked="" type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 8 時 00 分					
	負傷した日は	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他 ()					
	負傷した時間帯	<input type="checkbox"/> 出勤途中 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩・食事中 <input type="checkbox"/> 社用外出中 <input type="checkbox"/> 退勤途中 (<input type="checkbox"/> 自宅直行・ <input type="checkbox"/> 寄り道 [買物・食事等]) <input checked="" type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	負傷した場所は	<input type="checkbox"/> 勤務地 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (羽田空港)					
	負傷した時の状況を具体的に記載してください。	空港の駐車場に入ろうとしたところ、後続車に追突され、車のハンドルに頭を強打した。念のため救急車で入院し、検査をおこなった。					
	負傷をした原因であるものは	<input checked="" type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 暴力 (ケンカ等) <input type="checkbox"/> その他 ()					
	負傷者が被扶養者の場合、その職業は	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト等 <input type="checkbox"/> 児童・学生・生徒等 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()					

負傷傷病名	① 頭部打撲	受診医療機関名 (〇〇病院)
	② 頸部捻挫	診療期間：平成 24 年 4 月 1 日～平成 24 年 4 月 2 日
	③	受診医療機関名 (××病院)
	④	診療期間：平成 24 年 4 月 3 日～平成 年 月 日

神奈川県医療従事者健康保険組合

※枠線の該当箇所の記載・□にチェック (レ) をしてください。
※負傷原因が第三者の行為によるものである場合、「第三者行為による負傷疾病の届」
「念書」「交通事故証明書」等が必要です。

受付印

上記のとおり、相違ありません

平成 24 年 4 月 10 日

届出者氏名 健保太郎

健保太郎

念書

平成24年 4月 1日に(相手方氏名) ○ 野 × 雄 の行為により

(受診者氏名) 健保 太郎 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条第1項の規定により神奈川県医療従事者健康保険組合が保険給付の価額の限度
において取得行使し、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。

あわせて、次の事項を守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事前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. 加害者から金品を受けたときは、受領年月日・内容・金額（評価額）をまれなく、すみやかに届け出ること。

平成 24 年 4 月 10 日

被保険者住所 **横浜市中区尾上町〇〇-〇〇**

被保険者氏名 **健保 太郎**



神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿

同意書

私が事故で被った傷病により受けた健康保険法による保険給付は、健康保険法第57条の規定により、神奈川県医療従事者健康保険組合が保険給付の価額の限度において、私が加害者に対して有する賠償請求権を取得することになります。

つきましては、神奈川県医療従事者健康保険組合が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書類一式に当該保険給付にかかる診療報酬明細書の写し及び神奈川県医療従事者健康保険組合への届出書類の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社に自動車損害賠償責任保険の請求をし、保険金等を受領したときは、神奈川県医療従事者健康保険組合は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

平成 **24** 年 **4** 月 **10** 日

同意者住所 **横浜市中区尾上町〇〇-〇〇**

同意者氏名 **健保 太郎**

自賠責証明書番号 (**MMB9999K**)



神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿

損害賠償金納付確約書

平成24年 4月 1日に(受診者氏名) 健保 太郎 に傷害を

負わせましたが、この傷害にかかる損害賠償請求権を保険給付の価額の限度において、神奈川県医療従事者健康保険組合が代位取得し、神奈川県医療従事者健康保険組合から損害賠償金の請求を受けたときは、私の過失割合の範囲において納付することを確約しますので、保険給付してください。

また、自動車損害賠償責任保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合で、神奈川県医療従事者健康保険組合が私に請求したときは、損害賠償に応じることをあわせて確約します。

平成 24 年 4 月 9 日

自分の責任割合についてのみ賠償するという趣旨です。
提出してもらえない場合は、別途理由書(任意)を作成して添付してください。

損害賠償支払義務者(未成年の場合は親権者)

住 所 東京都大田区池上〇-〇

氏 名 〇 野 × 雄

連絡先
(電話番号) 090-000-0000



連帯保証人(加害者との続柄_____)・支払担当保険会社

住所(所在地) 東京都大田区蒲田〇〇
××火災海上保険株式会社

氏 名
(名称・担当者名) 大田サービスセンター 田中

連絡先
(電話番号) 03-0000-0000

保 災 ×
險 海 ×
株 上 火

神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿