

第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その1)

被害者・加害者関係	被保険者証の記号・番号	記号	氏名			
		番号	現住所	TEL()		
	被害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	氏名		被保険者との続柄		
	加害者	氏名		生年月日	昭平令	年 月 日
		現住所	TEL()			
	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		TEL()				
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	令和 年 月 日	午前・後 時 分頃	
	発生の場所					
	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 入院中の死亡				
	警察官の立合	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	自分がなんぶ		相手がなんぶ		
0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10				

○該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

この届に添えて提出する書類	自動車事故の時	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および死亡診断書
		5 示談をしているときは示談書の写し

受付日付印

※ 本書に記入していただいた個人情報については適切に取り扱い、目的外には利用しません。

事 故 発 生 の 状 況	<p>被害者の行為によって生じた事故について加害者の行動および被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入してください。</p>	

事 故 現 場 の 見 取 図	<p>事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示してください。</p>	

○自動車事故であつて「事故発生状況報告書」を、この届に添えて提出するときは、この頁に記入する必要はありません。

(様式第3号)
(その2)

加害者加入の自動車状況	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
	保険加入証明番号	第 号	契約者氏名		
	契約会社	名称 所在地	TEL ()		
示談状況	示談が成立	交渉中	令和 年 月 日	請求権を放棄した	
	令和 年 月 日	成立してない	現在	令和 年 月 日	
		示談が成立していない理由	放棄した理由		
損害賠償の請求および支払状況	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は	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	治療費 円 休業補償 円 その他 円	
	第三者(加害者)から損害賠償をうけたとき	損害賠償の種類	加害者直接賠償・保険会社からの賠償		
		賠償金の内訳	治療費(入院費を含む)	円	
			休業補償費	自 令和 年 月 日 1日につき 円 至 令和 年 月 日 日分 計 円	
			葬祭費	円	
			慰謝料	円	
			見舞金	円	
			障害補償費	円	
			その他	円	
合計	円				
受領方法	全額	令和 年 月 日受領			
	および年月日	分割 ()回払	第1回	円 年 月 日受領	
			第2回	円 年 月 日受領	
第3回			円 年 月 日受領		

この事故で医師の治療を受けましたか		う け た ・ う け な い			
治 療 を 受 け た と き 況	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	令和 年 月 日	入院	通院	
	転 帰	(令和 年 月 日現在) 現在入院中・通院加療中・治 癒・中 止			
	入院治療期間	入院 自 令和 年 月 日	～至 令和 年 月 日	通院 自 令和 年 月 日	～至 令和 年 月 日
	後 遺 症	あ る ・ あ る見込 ・ な い ・ な い見込			
	治 療 見 込	令和 年 月 日	から	約	日 月 くらい
◇ この欄は記入する必要ありません					
保 険 給 付 欄					
種 別	金 額	内 訳	支給年月日	備 考	
療養の給付	円	自 _____ 日間 至 _____			
療 養 費	円	マッサージ、コルセット 柔道整復施術、輸血			
傷病手当金	円	自 _____ 日間 至 _____			
	円				
	円				
	円				
	円				
合 計	円				

診 断 書

傷病者	住所	昭 和 平 成 令 和	年	月	日生 (才)
氏名		男 女			
傷病名及び態様					
入院治療	日間	を要す	令和	年	月 日
自令和	年 月 日	至令和	年 月 日	治	ゆ 見 込
退院治療	日間 (内治療 実日数 日)	を要す	治	ゆ	
自令和	年 月 日	至令和	年 月 日		
附添看護	を要す を要せず	理由			
期 間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	日間			
後遺症内容 (精神・神経・運動に障害を残す場合は特に詳記願います。)					
(労働者災害補償保険 級別 級 号に該当)					

上記の通り診断いたします。

年 月 日

所在地

名称

医師氏名

この診断書は自動車損害補償責任保険の調査資料にいたしますのでなるべくこの用紙をご使用ください。
なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

念 書

令和 年 月 日 (場所) (加害者氏名)
(被害者氏名) において の不法

行為により 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、組合が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. 加害者側と示談をおこなう場合は、必ず前もって貴職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、受領月日、内容金額(評価額)をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届出ること。

年 月 日

住 所

氏 名

㊟

コスモスイニシアグループ健康保険組合 殿