




記入例

健康保険 第三者の行為による傷病届

被保険者証の 記号・番号	9999 - 108		事業所名	〇〇株式会社
被保険者氏名	〇井 〇郎 			
事故に遭われた方の 氏名・続柄・生年月日	〇井 〇香	続柄	担当者名	△島 〇治
	 昭和 平成 40年 3月 3日	妻	電話	03 (3243) 0000
第三者 (相手)	住所	〒 114 - 8567 東京都北区〇町 〇-〇-〇		
	氏名	×田 △一 電話 03 (3905) 0000		
	勤務先の 所在地・名称	〒 136 - 8525 東京都江東区〇町 〇-〇-〇 株式会社〇△商事 電話 03 (3683) 0000		
事故発生状況	事故発生の 日時・場所	日時 平成 22年 4月 2日 (金 曜日) 午前・  午後 2時 30分 (頃) 場所 東京都中央区銀座△丁目		
	事故発生の原因と その状況をわかり やすく記載してく ださい (被害者と 第三者の行動や傷 病発生の原因やそ の状況など) なお、別紙による 添付でも結構です	本年 4月 2日、私用のため現場付近 (事故発生状況報告書に記載) を自家用車で進行中、加害者の乗用車に追突された。 原因は加害者の前方不注意によるもので、過失の度合いは 100%加害者にある。 同日、救急車で□〇病院に入院。約 3 ヶ月の加療を要する見込みである。		
	傷病名	急性頸椎損傷		
診療を受けた医療機関の 所在地と名称	東京都中央区×町〇-〇-〇 □〇病院			

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

被保険者証の 記号・番号	9999 - 108	被保険 者氏名	○井 ○郎	事業 所名	○○株式会社
-----------------	------------	------------	-------	----------	--------

治療費を支払っている方の 住所・氏名・電話		健康保険使用の場合（22年5月1日より） ○井 ○郎 電話 03（0000）0000		
		自由診療の場合（22年4月30日まで） ×田 △一 電話 03（3905）0000		
事故 処理 状況	警察への届出の有無	①届出済（22年4月2日） 2 届けていない		
	相手との話し合いの状況 （できるだけ詳しくお書きください）	示談は退院後に行うことになっているが、当面、医療費の全額を加害者が支払うことになっている。しかし、5月1日以降の医療費は病院に支払われていないので、やむを得ず健康保険診療にした。示談は△商事と行うことになっている。		
第三者の自動車保険 （対人）関係	強制保険 （自賠責保険）	自動車保有者の 住所・氏名	〒136 - 8525 東京都江東区○町○-○-○ 株式会社○△商事 ○川 ×雄 電話 03（3683）0000	
		契約 保険 会社	所在地	〒136 - 8337 東京都千代田区○町○-○-○
			名称	□△火災保険株式会社
			担当者名	△下 △浩 電話 03（3265）0000
		保険契約者の 住所・氏名	〒136 - 8525 東京都江東区○町○-○-○ 株式会社○△商事 ○川 ×雄 電話 03（3683）0000	
		証明書番号	第 02 - 345678 号	
		保険契約期間	自 22年 1月 10日 至 24年 1月 10日	
	任意 保険 （対人）	契約 保険 会社	所在地	〒136 - 8337 東京都千代田区○町○-○-○
			名称	□△火災保険株式会社
			担当者名	△下 △浩 電話 03（3265）0000
		保険契約者の 住所・氏名	〒136 - 8525 東京都江東区○町○-○-○ 株式会社○△商事 ○川 ×雄 電話 03（3683）0000	
		証明書番号	第 32 - 987654 号	
		保険契約期間	自 22年 1月 10日 至 23年 1月 10日	
	その他参考事項		任意保険一括払い	

【添付書類】

- 自動車安全運転センター発行の交通事故証明書の原本を添付してください。
- 示談が成立している場合は、示談書の写しを添付してください。

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	×田 △一	乙（被害者）	氏名	○井 ○香	運転・同乗 { 甲車 甲車以外の車 歩行・その他
速度	甲車 80 km/h（制限速度 30 km/h）、甲車以外の車 30 km/h（制限速度 30 km/h）					
道路状況	見通し 良い ・ 悪い	道路幅	甲車側（ 15 m）、甲車以外の車側（ 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					
事故発生状況を图示して下さい。	事故発生状況略図（道路幅を m で記入して下さい。）					
	甲車					
	甲車以外の車					
	進行方向					
	信号					
	一時停止					
	一方通行					
	人					
	二輪車					
上記図の説明を書いて下さい。	甲車が制限速度を 50km/h オーバーし、前方を制限速度で進行中の被害者の車に追突。					

平成 22 年 5 月 3 日

報告者

甲との関係（ ）
 乙との関係（ 本人 ）

氏名 ○井 ○香

○井 ○香

(被保険者記入用)

同意書

事故日：平成 22 年 4 月 2 日
相手方氏名：×田 △一
事故場所：東京都中央区銀座△丁目
相手方自賠責会社：□△火災保険株式会社
相手方自賠責証明書番号：第 02 - 345678 号

上記交通事故において、私の個人情報およびこの同意書の取扱いにつき、以下の事項に同意します。

- 貴職が私の健康保険の請求、決定および給付（その見込みを含む）の状況等について、私が保険金請求権を有する保険会社を含む加害者側に対して提供すること。
※傷病に関する診療報酬明細書（写）を含む
- 貴職が私の健康保険の給付および保険会社に請求するにあたり、必要な事項（保険会社への請求の内容及びその支払金額・内訳・症状固定日等）について保険会社を含む加害者等から提供を受けること。
- この同意書をもって、上記2. に掲げる事項に対応する保険会社を含む加害者側への同意を含むこと。
- この同意書を保険会社を含む加害者側へ提示すること。

平成 22 年 5 月 3 日

三井健康保険組合理事長 殿

住所 東京都葛飾区〇町 〇-〇-〇

氏名 〇井 〇郎



電話 03 - 0000 - 0000

(被保険者記入用)

念 書

平成 22 年 4 月 2 日 場所 東京都中央区銀座△丁目 において
加害者 ×田 △一 の不法行為により 被害者 ○井 ○香
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条第1項の規定によって、貴健康保険組合
が給付の価格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、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談を行う場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
2. 自賠責保険に被害者請求を行う場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
3. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
4. 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）を漏れなく、かつ遅滞なく貴職に届出ること。
5. 当該事故にかかる傷病が治癒したときは、速やかに貴職に届け出ること。

平成 22 年 5 月 3 日

三井健康保険組合理事長 殿

住所 東京都葛飾区○町 ○-○-○

氏名 ○井 ○郎 

電話 03 - 0000 - 0000