

健康保険 第三者行為による傷病届

被保険者証の 記号・番号	0000-0000	事業所の名称	〇〇事業所				
		所属	総務課				
		社員番号	0000000				
被保険者氏名		健保 太郎					
負      傷      者	氏名	健保 太郎	続柄	本人	年齢	30歳	
	住所	〇〇県〇〇市〇〇町77					
	事故発生日時	00年 00月 00日 (土)		18時 10分頃			
	事故の状態	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> オートバイ <input checked="" type="checkbox"/> 乗用車 <input type="checkbox"/> 同乗 <input type="checkbox"/> その他( )					
	何の用務中	<input type="checkbox"/> 就業時間中 <input type="checkbox"/> 出退勤途上 <input checked="" type="checkbox"/> その他(休日に出かけるとき)					
	受診状況	病院名	〇〇総合病院	入院の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有(7日間) <input type="checkbox"/> 無		
		傷病名	胸部打撲	治癒見込み	00年 00月頃		
運転者の運転状態	あてはまるのものがあればすべて選択してください <input checked="" type="checkbox"/> 正常運転 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 無免許 <input type="checkbox"/> 居眠り <input type="checkbox"/> 信号無視 <input type="checkbox"/> 速度超過( )キロオーバー <input checked="" type="checkbox"/> 前方不注意 <input type="checkbox"/> その他( )						
人身傷害保険加入の有無	人身傷害保険(自分自身の治療費を払ってくれる保険)へ加入し、保険会社が治療費の3割を負担していますか? <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
休業補償	休業(治療)中の休業補償の方法を選択してください <input type="checkbox"/> 相手の自賠償保険へ請求 <input type="checkbox"/> 相手の任意保険へ請求 <input checked="" type="checkbox"/> 自分自身の人身傷害保険へ請求 <input type="checkbox"/> 健保へ傷病手当金の請求 <input type="checkbox"/> その他						
事故相手	氏名	山本 陽子	年齢	50歳			
	住所	〇〇県〇〇市〇〇町106	電話	0000-00-0000			
	勤務先名称	株式会社 〇〇					
	勤務先住所	〇〇県〇〇市〇〇町250	電話	0000-00-0000			
過失の割合	自分と相手の過失の割合に○をつけてください 自分なんぶ → 0・1・ <b>2</b> ・3・4・5・6・7・8・9・10 相手なんぶ → 0・1・2・3・4・5・6・7・ <b>8</b> ・9・10						
上記のとおり、「事故発生状況報告書」とともに、虚偽なく届出いたします。 00年 00月 00日 被保険者 住所 〇〇県〇〇市〇〇町77 氏名 健保 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span> DMG森精機健康保険組合理事長殿							

(注意) 交通事故証明書を必ず添付してください。

### 事故相手の自動車損害賠償保険契約等の内容

契約内容		自賠責保険	任意保険
保険会社名		〇〇自動車保険（株）	〇〇損害保険（株）
損害賠償金 支払 請求先店名	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町 1 1	〇〇県〇〇市〇〇町 2 2
	名称及び担当課名	営業 2 課	業務 1 課
	担当者名	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇
	電話	0000-00-0000	0000-00-0000
保険契約期間		自 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 至 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	自 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 至 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
保険契約者	住所	〇〇県〇〇市〇〇町 1 0 6	〇〇県〇〇市〇〇町 1 0 6
	氏名	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇
車両の保有者	住所	〇〇県〇〇市〇〇町 1 0 6	〇〇県〇〇市〇〇町 1 0 6
	氏名	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇
自動車保険証明番号		000000	000000
自動車	種別	プリウス	プリウス
	登録（車両）番号	〇55 あ 1523	〇55 あ 1523
	車台番号	0000000	0000000

### 被保険者又は被扶養者の自動車損害賠償保険契約等の内容

任意保険について	任意保険に「人身傷害保険」を組んで <input checked="" type="checkbox"/> いる ・ <input type="checkbox"/> いない			
組 ん で い る 場 合	損害保険会社名	〇〇損害保険（株）	電話	0000-00-0000
	担当者名	〇〇 〇〇		
	使用の有無	今回、人身傷害保険を使用して <input checked="" type="checkbox"/> いる ・ <input type="checkbox"/> いない		

# 念書兼同意書

事故発生日	00年 00月 00日	事故発生場所	〇〇県〇〇市〇〇町交差点
被保険者又は被扶養者氏名	健保 太郎	事故相手氏名	山本 陽子

- 上記事故に関して、健康保険法による保険給付を請求するにあたり以下の事項を遵守することを誓約します。
  - 事故相手と示談を行う場合は、必ず事前に健康保険組合にその内容を申し出ること。
  - 事故相手に白紙委任状を渡さないこと。
- 上記事故に関して、私が保険給付を受けた場合には、私の有する損害賠償請求権及び保険会社等（相手方もしくは私が損害賠償請求できる自動車保険・自賠責保険会社（共済）等をいう。以下同じ）に対する被害者請求権を健康保険組合が保険給付の価格の限度で取得し、損害賠償金を受領することについて同意します。
- 上記事故に関して私の個人情報及びこの念書兼同意書の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
  - 健康保険組合が私の保険の請求、決定及び給付（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人身傷害保険等取扱い保険会社（共済）等に対して提供すること。
  - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記事故による求償業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む）等）について保険会社等から情報提供を受けること。
  - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記事故による求償業務に関して必要な事項（保険給付額の算出基礎となる資料等）について、保険会社等に対して提供すること。
  - この念書兼同意書をもって上記事故による求償業務に関する事項を健康保険組合へ情報提供する保険会社等への同意を含むこと。
  - この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

00年 00月 00日

DMG 森精機健康保険組合理事長 殿

住 所 〇〇県〇〇市〇〇町77

氏 名 健保 太郎



事故を被った人が被保険者と異なる場合は  
被保険者氏名

印

# 誓約書

〇〇年〇〇月〇〇日に発生した事故により治療中の

(被保険者又は被扶養者) 健保 太郎 殿の医療費につき貴健康保険組合の立替払いをお願いいたします。

後日、貴健康保険組合より保険給付した価格において求償あるときは責任の限度に応じて優先してお支払いすることを誓約いたします。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

DMG 森精機健康保険組合理事長 殿

(事故相手方) 住 所 〇〇県〇〇市〇〇町106

氏 名 山本 陽子

印

(連帯保証人) 住 所 〇〇県〇〇市〇〇町22

氏 名 〇〇損害保険株式会社

印

電 話 0000-00-0000

## 【連帯保証人について】

【注1】連帯保証人については必ず請求できる任意保険会社名、支店名、担当課名、担当者名、郵便番号、住所、電話番号を記入してください。

【注2】保険会社の保証が得られず個人名となった場合には、連帯保証人の署名が必要となります。