

第三者の行為による傷病届(則65条)

令和 年 月 日提出

被害者・第三者関係	記号・番号 (保険証左上に記載)		-		被保険者氏名		⑩		
	住所		〒 -		Tel ()				
	被保険者が勤務 されている事業所		名称						
			所在地		〒 -		Tel ()		
	事故に遭わ れたのが 被扶養者の とき	氏名				被保険者 との続柄		住所 〒 - Tel ()	
		氏名				被保険者 との続柄		住所 〒 - Tel ()	
	第三者 (相手方)	氏名		フリガナ		生年月日		昭 平 令 年 月 日	
		住所		〒 -		Tel ()			
		勤務先 又は職業				勤務先 所在地		〒 - Tel ()	
	第三者が未成年・責任無能力者の場 合、親権者・監督義務者の氏名		フリガナ		第三者 との関係		住所 〒 - Tel ()		
第三者(相手方)不明の場合 その理由									
事故内容	日時		令和 年 月 日(曜日)		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		時 分 傷病名		
	事故発生 場所								
	種別		自動車乗車中・バイク乗車中・自転車乗車中・歩行中・殴打・刺傷・その他()						
	警察への 届出有無		<input type="checkbox"/> 有(人身事故・物損事故) 届出先(警察署)		<input type="checkbox"/> 無(理由:)				
	備考		事故が業務上・通勤途上災害のときは労働者災害補償保険の扱いとなり、健康保険での受診はできません。						

◎健保組合が、自賠責保険及び任意保険等への求償時に、診療報酬明細書等(写)を添付することに同意します。

被害者氏名 _____ ⑩

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 念書兼同意書
	<input type="checkbox"/> 交通事故証明書(人身事故・原本)
	<input type="checkbox"/> 診断書写し(死亡の場合は死亡診断書)

健保受付

事業所	
責任者	担当

TGK 2023.10

事故発生の状況
 事故について、別紙「事故発生状況報告書」に第三者(相手方)の行動および被害者の行動をわかりやすく、詳しく記入してください。
 別紙「事故発生状況報告書」に事故状況略図を明示し、過失大であっても被害者(乙)としてご記入ください。

治療の状況	受診医療機関	名称	①	②	
		所在地	〒 - Tel ()	〒 - Tel ()	
	治療の期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
			上記のうち入院期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	上記のうち入院期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	治療方法の支払	健康保険	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
		第三者(相手方)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
		自費	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
		後遺症	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない見込み <input type="checkbox"/> ない		治療見込

※交通事故証明書(人身事故)は必ず添付してください。

第三者(相手方)の自動車保険の加入状況	自賠責保険	保険会社名				
		自賠責証明書番号		保険期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
		保険契約者(名義人)	フリガナ	加害者との関係	契約者住所	〒 - Tel ()
		損害賠償金請求先	所在地	〒 -	担当者名	Tel ()
		任意保険	保険会社名			
		契約証書番号		保険期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
		保険契約者名		契約者住所	〒 - Tel ()	
		損害賠償金請求先	所在地	〒 -	担当者名 Tel ()	
		任意一括の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		※任意一括とは、自賠責保険の対応を含めて、任意保険会社が一括で対応することを指します。	
	損害賠償状況	保険会社に対する損害賠償請求	<input type="checkbox"/> した(請求者名) <input type="checkbox"/> する予定 <input type="checkbox"/> しない			
加害者に対する損害賠償請求		<input type="checkbox"/> した(令和 年 月 日請求) <input type="checkbox"/> する予定 <input type="checkbox"/> しない				

※ご自身が加入の任意保険に「人身傷害補償保険」の特別契約がある場合はご記入ください。

(人身傷害補償保険)	保険会社名			
	契約証書番号		保険期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	保険契約者名		契約者住所	〒 - Tel ()
	損害賠償金請求先	所在地	〒 -	担当者名 Tel ()
	人身傷害補償の利用有無	<input type="checkbox"/> した(令和 年 月 日請求) <input type="checkbox"/> する予定 <input type="checkbox"/> しない		

事故発生状況報告書

甲 (加害者)	氏名	乙 (被害者)	氏名		運転 同乗(甲車・甲車以外の車) 歩行・その他()
	tel		tel		
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夕方・夜間・明け方
道路状況	舗装 してある していない	直線 カーブ	歩道(両・片) ある ない	住宅街・商店街	
	平坦 上り坂 下り坂	見通し 良い 悪い	積雪路・凍結路	幹線道路	
信号又は 標識	信号 ある ない	一時停止標識	ある ない	その他の標識	ある ない
速度	甲車両		乙車両		
	走行速度	制限速度	走行速度	制限速度	
			km/h	km/h	
			km/h	km/h	
事故発生状況略図	事故現場の自動車と被害者の状況を図示してください。(道路幅をmで記入してください。)				
<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 甲車 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 甲車以外の車 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 進行方向 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 信号 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 一時停止 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 一方通行 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 人 </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> 自転車 オートバイ </div> </div>					
上記の図の説明					

別紙交通事故証明に補足して上記のとおり報告します。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係() 氏名 _____
乙との関係()

㊞

念書 兼 同意書

令和 年 月 日 (場所) において、

(相手方氏名・加害者) の不法行為により (被害者氏名) 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(相手方)に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第 57 条の規定に基づき、TOPPAN グループ健康保険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し立てます。

なお、あわせて次の事項に同意し、遵守することを誓約します。

1. 自賠責任保険及び任意保険等への請求に際し、診療報酬明細書(写)等を添付することに同意すること。
2. 自賠責任保険及び任意保険等への請求に際し、貴組合から必要な添付書類等の提出を求められた場合には、遅滞なく提出すること。
3. 第三者と示談を行う場合には、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
4. 第三者側に白紙委任状を渡さないこと。
5. 第三者側から金品を受けたときは、受領年月日、内容金額(評価額)をもれなく、かつ遅滞なく貴組合に届け出ること。
6. 自賠責任保険及び任意保険等への請求の有無及び残額調査についても承諾すること。
7. 組合が必要な時、「示談書」及び「後遺障害診断書」を貴組合に届け出ることについて承諾すること。
8. 当該事故にかかる傷病が治癒、治療中止、治療終了または症状固定と診断されたときは、速やかに貴組合に届け出ること。
9. 私被保険者が 3. 及び 8. を行わなかったために、保険給付の限度において、貴組合が自動車損害賠償保険金より受領すべき金額の全部または一部を受領できなかった場合は、貴組合が受領できなかった金額を貴組合に弁済すること。
10. 上記のほか、貴組合が行う代位取得求償権の行使について協力すること。

TOPPAN グループ健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

被害者 住所
氏名 (印) Tel. ()

被保険者 住所
氏名 (印) Tel. ()

◎注意事項

- 「第三者の行為による傷病届」は過失割合の大小にかかわらず、自分を被害者、相手を加害者として記入し、**事故後速やかに提出してください。**
- 加害者側との示談、あるいは自賠責任保険に被害者請求する場合には、必ず事前に健康保険組合へ連絡してください。事前に連絡なく、示談あるいは被害者請求を行うと、健康保険組合が立て替えている医療費を加害者側から回収することができないため、貴方へ請求することとなります。
- 念書兼同意書は、内容を十分確認し、必要事項を記入・押印した上、健康保険組合へ返送してください。なお、念書兼同意書は控えをとって「控え」をご自身で保管いただき、内容を遵守するようにしてください。

問い合わせ先：給付担当 TEL 03-3835-6700