

## 健康保険 第三者行為による傷病届

被 保 険 者	被保険者等の記号・番号				被保険者(請求者)の氏名 (フリガナ)				生年月日			
									5:昭	年	月	日
									7:平			
									9:令			
被保険者 (請求者) の住所		〒 _____ 電話 ( ) _____ 【自宅・携帯・その他( )】										
勤 務 先 の	名 称											
	所 在 地	電話 ( ) _____										
被扶養者が受けた 事故であるとき		氏名	(フリガナ)			生年月日	5:昭	年	月	日	続柄	

事 故 相 手	加 害 者		氏名	(フリガナ)			生年月日	5:昭	年	月	日	
	住 所		〒 _____ 電話 ( ) _____ 【自宅・携帯・その他( )】									
	勤 務 先 の	名 称										
		所 在 地	電話 ( ) _____									
加害者の住所 氏名が不明な場合		理由										

事 故 内 容	傷 病 名												
	事 故 発 生 日 及 び 場 所	事故日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( )						時 _____ 分 _____ 頃				
		場 所											
	事 故 発 生 時 況	被保険者・被扶養者		自動車・バイク・自転車・歩行者・その他( ) _____									
		加害者(事故相手)		自動車・バイク・自転車・歩行者・その他( ) _____									
	諸 葛 警 察 署		届出済・届出なし・不明			届出書		警 察 署					
過 失 度 合 ( 約 % )	自分	0, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100											
	相手	0, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100											

【この傷病届と一緒に書き書類も併せてご提出ください。】

組合受付印

1. 交通事故証明書
2. 事故発生状況証明書
3. 念書(被保険者用)
4. 念書(加害者用)
5. 既に加害者と示談が成立している場合は「示談書(写)」
6. 診断書(写)

加害者の加入自動車保険	自賠責保険	保険会社名		取扱店所在地	電話 ( )		
		保険契約者名(名義人)		住所(所在地)			
		自動車種別		府県名	登録番号	車台番号	
		証明書番号			保険契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
		車両所有者氏名		加害者との関係( )	住所(所在地)		
	任意保険	保険会社名		取扱店所在地	担当者	電話 ( )	
		保険契約者名(名義人)		住所(所在地)			
		契約証書番号		保険契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
		任意保険一括対応について	有 ・ 無 (自賠責保険単独対応)				

示談状況	1. 令和 年 月 日付で示談成立。	(成立していない又は放棄の理由)
	2. 令和 年 月 日現在、交渉中。	
	3. 令和 年 月 日現在、示談は成立していない。	
	4. 令和 年 月 日付で請求権放棄。	

損害賠償	加害者に対する損害賠償の請求状況		既に請求済 ・ 現在のところ未請求			
	加害者からの損害賠償金等の受領状況		受領済 ・ 受領していない			
	賠償金の内訳	治療費	円	慰謝料	円	
		休業補償費	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日の _____日間...① ①×日額 _____円 = _____円			
		葬祭費	円	その他	円	
		見舞金	円	合計	円	
	受領方法	全額	令和 年 月 日受領			
		分割払い	1回目	円	令和 年 月 日受領	
			2回目	円	令和 年 月 日受領	
		3回目	円	令和 年 月 日受領		

治療状況を	この事故が原因で医師の治療を受けましたか。		受けた ・ 受けない			
	治療を受けた	医療機関名		所在地	都・道府・県	区・市・町・村
		期間	入院	自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日	外来	自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日
			令和 年 月現在、入院中 ・ 通院加療中 ・ 治療 ・ 中止			
	支払方法(該当に○印)	<ul style="list-style-type: none"> <li>自己負担 有り → 健康保険使用(有・無) + 後日加害者側からの支払い(有・無)</li> <li>自己負担 なし → 健康保険使用(有・無) + 加害者側負担</li> <li>その他 ( )</li> </ul>				
	状況	医療機関名		所在地	都・道府・県	区・市・町・村
		期間	入院	自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日	外来	自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日
			令和 年 月現在、入院中 ・ 通院加療中 ・ 治療 ・ 中止			
	支払方法(該当に○印)	<ul style="list-style-type: none"> <li>自己負担 有り → 健康保険使用(有・無) + 後日加害者側からの支払い(有・無)</li> <li>自己負担 なし → 健康保険使用(有・無) + 加害者側負担</li> <li>その他 ( )</li> </ul>				



## 念 書

令和 年 月 日、(事故発生場所) \_\_\_\_\_ において  
(相手方氏名) \_\_\_\_\_ の不法行為により、(被害者氏名) \_\_\_\_\_ の

被った障害について、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、東京都土木建築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。

また、東京都土木建築健康保険組合が請求権を行使するために診療報酬明細書等の写しを保険会社等へ提出することに同意します。

なお、併せて次の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 加害者側と示談を行う場合は、必ず事前に東京都土木建築健康保険組合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・金額の内訳を速やかに東京都土木建築健康保険組合に申し出ること。

令和 年 月 日

被 保 険 者 住 所

被 保 険 者 氏 名 ・ 捺 印

⑩

# 念 書

令和 年 月 日、(事故発生場所) \_\_\_\_\_ において

発生した交通事故により、被害者 \_\_\_\_\_ 様が受けた傷病の治療につき、貴組合が負担した医療費の請求を受けた場合は、加害当事者である私の過失割合に応じて、責任をもってお支払することを誓約いたします。

令和 年 月 日

※下記の該当する箇所に署名・捺印をしてください。

1. 加害当事者

住 所

氏 名

㊞

2. 加害当事者が未成年の場合は親権者等(加害当事者との関係: \_\_\_\_\_ )

住 所

氏 名

㊞

3. 交通事故の場合の任意一括払損害保険会社(ゴム印可)

所在地

名称

担当者

東京都土木建築健康保険組合理事長 様

# 人身事故証明書入手不能理由書

御 中

■人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は記入してください。)

理由  〔※該当する項目すべてにチェックを入れてください。〕	<input type="checkbox"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ(予定を含む)であったため		
	<input type="checkbox"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した(もしくは終了予定のため)		
	<input type="checkbox"/> 公道以外の場所(駐車場、私有地など)で発生した事故のため		
	<input type="checkbox"/> 事故当事者の事情(理由を具体的に記載してください。)		
	【理由】 _____		
	<input type="checkbox"/> その他(理由を具体的に記載してください。)		
	【理由】 _____		
◆警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。			
届出警察	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	年 月 日

交通事故概要記入欄へ⇒ 交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、交通事故概要記入欄の自己当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。

■人身事故の事実を確認するため、関係者の署名もしくは記名押印をお願いします。

上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実と相違ありません。	記 入 日	年 月 日
該当する項目にチェックをいれてください	<input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> その他( )	
住 所	〒 -	
氏 名		
電 話 番 号		

※当欄は、賠償を求めめる者が、直接自賠責保険に請求(法第16条請求)する場合には、保険契約者側(契約者、運転者等)の方、または目撃者の方をご記入ください。賠償をした側が請求(法第15条請求)する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方をご記入ください。

(保険会社使用欄) 該当する□の全てにチェックする。

- 人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。  
 請求関係の書類の確認により、または以下の調査・確認により人身事故の事実と相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆確認日	◆確認先	◆確認方法
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆その他・特記事項 <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">_____</span>		
【事案情報】 被害者名 : _____ 事故日 : 令和 年 月 日		

○交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合、以下の項目は記載不要です。)

発生年月日時		令和 年 月 日	午前 午後	時 分頃 天気
発生場所				
当事者	甲	住所	TEL ( )	
		氏名	生年月日	年 月 日( 歳)
		自賠責保険 契約先	自賠責保険 証明書番号	第 号
		登録番号	事故時の 状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	乙	住所	TEL ( )	
		氏名	生年月日	年 月 日( 歳)
		自賠責保険 契約先	自賠責保険 証明書番号	第 号
		登録番号	事故時の 状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	丙	住所	TEL ( )	
		氏名	生年月日	年 月 日( 歳)
		自賠責保険 契約先	自賠責保険 証明書番号	第 号
		登録番号	事故時の 状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	丁	住所	TEL ( )	
		氏名	生年月日	年 月 日( 歳)
		自賠責保険 契約先	自賠責保険 証明書番号	第 号
		登録番号	事故時の 状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
戊	住所	TEL ( )		
	氏名	生年月日	年 月 日( 歳)	
	自賠責保険 契約先	自賠責保険 証明書番号	第 号	
	登録番号	事故時の 状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	

※上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。