

第三者行為による傷病届

いすゞ自動車健康保険組合 御中
令和 1 年 9 月 20 日提出本人・家族

被害者	被保険者	記号	100	フリガナ	ケンボ タロウ		
		番号	123456	氏名	健保 太郎		
	現住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇 TEL ×××(×××)××××					
	被保険者が勤務している 事業所(連絡先)	名称	△△△株式会社				
所在地		〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇 TEL ×××(×××)××××					
被扶養者が被害者 であるとき	フリガナ	ケンボ ハナコ			続柄	妻	
	氏名	健保 花子					
			昭・平・令	54年9月2日生	(40才)		

加害者 (事故相手)	加害者	フリガナ	クミアイ イチロウ			
		氏名	組合 一郎			
	現住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇 TEL ×××(×××)××××				
	加害者の勤務先	名称	△△△株式会社		事業の内容又は職業	
所在地		〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇		運送業		
		TEL	×××	(×××)	××××	
加害者の住所氏名が不明の場合その理由						

事故の内容	傷病名	頸椎捻挫			損害の程度	全治	1	ヶ月				
	事故発生日・場所	事故日時	令和 1 年 9 月 5 日(木) 午前 : 午後 2 時 30 分頃									
		場所	〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇									
	種別	自分【車・バイク・自転車・歩行者】 : 相手【車・バイク・自転車・歩行者】 暴行・咬創・ <u>その他</u> (同乗)										
	運転状況(自分)	正常運転・無免許・飲酒・いねむり・速度() kmオーバー										
	所轄警察署	〇〇〇〇	警察署 派出所	未届(理由)								
過失の度合 (わかる範囲で)	自分の過失	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100 (%)
	相手の過失	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100 (%)

示談状況	示談は成立していますか	成立している 令和 年 月 日 成立				
		<u>成立していない</u> ・交渉中 令和 1 年 9 月 20 日 現在				
	成立していない場合はその理由	治療継続中のため				
請求権を放棄した場合	令和 年 月 日	理由				

添付書類

◎交通事故証明書【人身事故】
※交通事故証明書が【物件事故】の場合は「人身事故証明入手
不能理由書」も必要

常務理事	事務長	課長	担当

保険加入状況・治療状況等

加害者の賠償保険加入状況	自動車保険	自賠責保険	保険会社名	〇〇火災保険（株）		
			所在地	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 神奈川県 〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇 TEL x x x (x x x) x x x x		
		契約期間	2018年1月1日 ~ 2019年12月31日	フリガナ	クミアイ イチロウ	
		証明書番号	AA-1111111	契約者	組合 一郎	
	任意保険	保険会社名	〇〇海上火災保険（株）			
		所在地	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 神奈川県 〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇 TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
		契約期間	2019年1月1日 ~ 2019年12月31日	担当者	東京 和子	
		証明書番号	BB-1111111	フリガナ	クミアイ イチロウ	
	個人賠償責任保険等	任意一括	〇・無			
		保険会社名				担当者
所在地		〒 - TEL ()				
契約期間		年 月 日 ~ 年 月 日	フリガナ			
	証明書番号	契約者				

治療状況	医療機関	名称	〇〇〇〇〇〇病院		
		所在地	神奈川県 〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇 TEL x x x (x x x) x x x x		
	治療期間	令和 1 年 9 月 5 日から (入院 自 月 日)	至 月 日	通院	
	転院した場合	令和 年 月 日から (入院 自 月 日)	至 月 日	通院	
	後遺症	ある・ある見込み・ <u>ない</u> ・ない見込み・不明			
医療機関での窓口支払	<u>自分</u> ・自分の任意保険会社・相手又は相手の保険会社・その他()				
人身傷害保険加入の有無	あり・なし		保険会社名	担当者	
			TEL	- -	

損害賠償請求の状況	相手方に対する損害賠償の請求状況	すでに請求済・ <u>現在のところ</u> 未請求			
	相手方からの損害賠償金等の受領状況	受領済・ <u>受領していない</u>			
	* 加害者や保険会社から賠償金を受領した場合のみ下欄にご記入ください。				
	賠償金の内訳	治療費	円	慰謝料	円
		休業補償費	月 日 から 月 日までの 日間 合計 日分 円		
		葬祭費	円	その他	円
見舞金		円	(合計額) 円		
受領方法	一括	令和 年 月 日 受領			
	分割()回払い	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	

事故発生状況報告書

当事者	甲 (相手・加害者)	氏名 組合 一郎	乙 (被害者)	氏名 健保 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 運転 ・ 同乗 <input type="checkbox"/> 歩行 ・ その他	
天候	<input checked="" type="checkbox"/> 晴 ・ <input type="checkbox"/> 曇 ・ <input type="checkbox"/> 雨 ・ <input type="checkbox"/> 雪 ・ <input type="checkbox"/> 霧		交通状況	<input type="checkbox"/> 混雑 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 閑散		<input type="checkbox"/> 明暗 <input type="checkbox"/> 明け方 ・ <input type="checkbox"/> 昼間 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 夕方 ・ <input type="checkbox"/> 夜間
道路状況	舗装	<input checked="" type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない	歩道	<input type="checkbox"/> ある ・ <input checked="" type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> 見通し <input type="checkbox"/> 良い ・ <input type="checkbox"/> 悪い ・ <input checked="" type="checkbox"/> 直線 ・ <input type="checkbox"/> カーブ
	その他	<input checked="" type="checkbox"/> 平坦 ・ <input type="checkbox"/> 坂 ・ <input type="checkbox"/> 積雪路 ・ <input type="checkbox"/> 凍結路 ・ <input type="checkbox"/> 濃霧				
信号又は標識	信号	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 駐停車禁止 <input type="checkbox"/> されていない	<input checked="" type="checkbox"/> されている <input type="checkbox"/> されていない	<input type="checkbox"/> 一時停止標識 <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
速度	自車両	20 km/h (制限速度 30 km/h)		相手車両	0 km/h (制限速度 30 km/h)	
事故現場の状況を图示してください	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください)					
				表示符号 自 車 相 手 車 進 行 方 向 信 号 一 時 停 止 人 間 自 転 車 庫		
上記図の だ説明を 書きい	交差点で信号待ちをしていたところ、わき見運転により、追突されました。					
	甲は、交差点に近いことは認識しており、徐行していたこともあり、時速					
	20km前後での追突があったと思われます。					

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告いたします

令和 1 年 9 月 20 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 (夫)

氏 名 健保 太郎

念書 兼 同意書

事故発生日 令和 1 年 9 月 5 日

事故発生場所 ○○○○ ○○○○○○

被害者名 健保 花子

加害者名 組合 一郎

1. 上記の事故に関して、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。

(1) 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴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。

2. 上記の事故に関して、私が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ついて異議はありません。

3. 上記の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。

(1) 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の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）、診断書等）について保険会社等から提供を受けること。

(2) 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項（診療報酬明細書の写し等）について、保険会社等に対して提供すること。

(3) この念書兼同意書をもって上記の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。

(4) この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

令和 1 年 9 月 20 日

被保険者

住所 ○○○○ ○○○○○○

氏名 健保 太郎



いすゞ自動車健康保険組合 理事長 殿

誓約書

(事故発生場所)

私は、令和 1 年 9 月 5 日 ○○○○ ○○○○○○

において生じた第三者行為の事故・傷害により、被害者 健保 花子

の被った保険事故について、健康保険法による保険給付の価額を限度とし、その責任過失割合

相当分の費用を自賠法第3条、民法第709条、健康保険法第57条の規定に基づき、いすゞ自動車

健康保険組合から損害賠償の請求があった場合は、責任をもってお支払いすることを誓約します。

また、自動車賠償責任保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合で、いすゞ自動車健康保

険組合が私に請求したときは、損害賠償に応じることをあわせて誓約いたします。

令和 1 年 9 月 15 日

加害者 住所 ○○○○ ○○○○○○
氏名 組合 一郎 組合 印
電話番号 ×××-×××-××××

連帯保証人 住所 ○○○○ ○○○○○○
(損害保険会社等) 氏名 ○○海上火災保険(株) 株式会社
電話番号 ○○○-○○○-○○○

いすゞ自動車健康保険組合 理事長 殿