

記載例

健康保険

第三者行為による傷病届

被害者	被保険者	記号	2	フリガナ	ダイワ タロウ	氏名	大和 太郎	昭和 55 年 11 月 11 日生 (45才)	
		番号	99999						
	現住所	〒104-0031 東京都中央区京橋1-2-1 TEL 03 (5555) 4600							
	被保険者が勤務している事業所 (連絡先)	名称	大和証券株式会社						
		所在地	〒100-6752 東京都千代田区丸の内1-9-1 TEL 03 (5555) 2111						
被扶養者が被害者であるとき	フリガナ						続柄		
	氏名	昭和 年 月 日生 (才)							

事故相手	加害者	フリガナ	ギョウム マサオ						
		氏名	業務 正夫						
		昭和 50 年 8 月 27 日生 (42才)							
	現住所	〒107-0052 東京都港区赤坂〇-〇-〇 TEL 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇							
	加害者の勤務先	名称						事業の内容又は職業	
所在地		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	頸部捻挫				損害の程度	全治 1 ヶ月	
	事故発生日・場所	事故日時	令和 5 年 4 月 1 日 (日) 午前 2:30 頃					
		場所	東京都港区南青山〇丁目の交差点					
	事故発生時の状況	被保険者又は被扶養者	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外 ()					
		加害者(事故相手)	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外 ()					
	所轄警察署	警察に届出済・届出なし・不明 *注1				届出署	赤坂 警察署	
	過失の度合 (わかる範囲で)	自分(被害者)の過失	0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%)					
相手(加害者)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			
		成立していない・交渉中	令和 5 年 4 月 10 日 現在			
	成立していない場合はその理由	まだ治療中であり、請求額が未確定のため				
	請求権を放棄した場合	令和 年 月 日	理由			

*注1 物損事故で処理した場合、別途「人身事故証明入手不能理由書」の提出を求める場合があります。

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	日本海上火災保険（株）			
			所在地	〒160 - 0023 東京都新宿区西新宿〇―〇―〇 TEL03(〇〇〇〇)〇〇〇〇			
			契約期間	2年 6月 1日 ~ 30年 5月31日		フリガナ	キョウ マチ
			証明書番号	ABCDE12345		契約者	業務 正夫
		任意保険	保険会社名	日本海上火災保険（株）		担当者	
			所在地	〒 - 同 上 TEL03(〇〇〇〇)〇〇〇〇		フリガナ	キョウ マチ
			契約期間	29年 6月 1日 ~ 30年 5月31日		任意一括	有・無
			証明書番号	FGHIJ6789		*注2	
	個人賠償責任保険等	保険会社名			担当者		
		所在地	〒 - TEL ()		フリガナ		
		契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日		契約者		
		証明書番号					
被害者の人身傷害保険			加入の有無	あり・なし 保険会社名 担当者 TEL ()			

治療状況	医療機関	名称	健康保険大学医学部附属病院			
		所在地	東京都港区南青山〇―〇―〇 TEL03(〇〇〇〇)〇〇〇〇			
	治療期間	令和5年 4月 1日から(入院 自 4月 1日 至 4月 2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・ない・ない見込み・不明				
治療費の支払方法		健康保険・被害者負担・加害者負担(自賠責支払)・その他()				

損害賠償	相手方に対する損害賠償の請求状況		すでに請求済・現在のところ未請求			
	相手方からの損害賠償金等の受領状況		受領済・受領していない			
	*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 日間 × 日額	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	平成 年 月 日受領			

*注2 任意一括とは、自賠責保険を含めて任意保険会社が一括して対応している場合です。

受付印

念書兼同意書

事故発生日 令和 5 年 4 月 1 日

発生場所 東京都千代田区大手町1-1

被害者名 大和 太郎

加害者名 業務 正夫

- 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。
 - 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。
 - 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 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。
- 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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。
 - この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

令和 8 年 4 月 10 日

被保険者 住所 東京都中央区京橋〇-〇-〇

氏名 大和 太郎 印

電話番号 090-0000-0000

被扶養者 住所

氏名

電話番号

大和証券グループ健康保険組合 理事長 殿