

第三者行為による傷病届

(交通事故・傷害事故)

(その1)

被保険者関係	記号・番号 —	氏名	昭和・平成 年 月 日生 (歳)			印
	自宅住所	〒 —				Tel — —
	勤務先					Tel — —
	勤務所在地					職種 1. 事務員 2. 運転手 3. 作業員 4. その他 ()
	勤務時間	午前・午後 時 分 ~ 時 分				
	現在の連絡先					
第一当事者 (被災者)	氏名	続柄()昭和・平成 年 月 日生(歳)				
	住所	〒 —	電話	— —		
事故関係内容	事故日	平成 年 月 日	午前・午後 時 分頃発生			
	事故の種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打刺傷・その他 ()				
	発生場所					
	警察署	署 →	派出所	届出ない理由		
	事故が発生した時 負傷者の状況は	お酒は飲んで 1. いた (量は) 2. いない				
		1. 歩行者 2. 自動車 3. バイク 4. その他 () 1. 出勤途中 2. 勤務時間中 3. 帰宅途中 (時 分終了) 4. パートに行く途中 5. パートの帰り (時 分終了) 6. 私用外出中 7. ()				
この事故発生の原因および責任は主としてどちらにありますか						1. 相手方 2. 当方
上記の理由 ※必ず記入 してください	相手方					
	当方					
※当組合が今後連絡をとるとき代行者がある場合は下記に記入してください						
第一当事者 被災者	氏名	被害者との 関係		電話	— —	
第二当事者 相手方	氏名	相手方との 関係		電話	— —	

記号・番号	—
被保険者氏名	

施行規則第52条用紙
(その2)

第二当事者 (相手方関係)	この事故を発生させたときは		1. 業務中事故 () 2. 業務外の事故			
	氏 名	昭和・平成 年 月 日生 (歳)				
	住 所	〒		電 話	— —	
	勤 務 先			電 話	— —	
	住 所	〒		事故担当者		
	加害車両	所有者		住 所		
	相手方の住所氏名が判らない時		その理由			
自賠責保険	会 社 名		住 所			
	電話番号		証明書番号 ()			
	契約者名		契約期間 ~			
任意保険	この事故で相手方の任意保険が使えますか 1. 使える 2. 使えない					
	使えない理由					
	会 社 名		住 所			
	電話番号		担当者名			
保険会社に請求しましたか		1. した (自賠責 任意) 2. しない 請求した場合 月 日 () 円 1. 受領 2. 未受領				
示談の成立は		1. した (示談書のコピーを添付ください) 2. しない				
治療関係	病 院	区分	傷 病 名	初 診 日	健保使用日	備 考
		入・通		・ ・	・ ・	
		入・通		・ ・	・ ・	
		入・通		・ ・	・ ・	
	この届書を提出する時点の治療は		1. 入院中 2. 通院中 3. 治癒			
	治療費は誰がはらっていますか		氏名		関係	
上記のとおりお届けします 平成 年 月 日 日本年金機構健康保険組合 理事長 殿					受 付 印	

被害者(被保険者)記入

念 書 (同意書)

事故日 平成 年 月 日発生

事故発生場所

健康保険で診療を受けた者の名前

上記事故について健康保険給付を受けるにつき、健康保険法 57 条第 1 項の規定によって私の有する損害賠償請求権を貴組合が健康保険給付の価格の限度で取得し、損害賠償金を優先的に受領することに異議のないことを誓約します。

記

1. 相手方と示談交渉をする場合は前もって貴組合にその内容を申し出ること。
2. 相手方に示談条件を記入していない示談書を渡さないこと。
3. 相手方から金品を受領した場合は、受領月日及びその内容をもれなくかつ遅滞なく貴組合に申し出ること。

平成 年 月 日

住 所

電話番号

被保険者氏名 印

被害者氏名 続柄 ()

事故相手方（加害者）記入

支 払 念 書

事故日 平成 年 月 日 発生

事故発生場所

傷病名

相手方（第三者・甲）

健康保険で診療を受けた者（被害者・乙）

上記事故に関し、貴組合の健康保険を使用するにあたり、本件事故に係わる健康保険給付費についてはその求償額を支払うことを誓約いたします。

平成 年 月 日

事故当事者（第三者・甲）

住 所

氏 名 印

電 話 番 号 - -