第三者行為による傷病届

大同生命健康保険組合　御中

所属	○○○○○　　支社・部・課

1．被害者・第三者（相手方）の関係

被保険者証 記号－番号	1	-	1234567	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ 健保　太郎	本人 家族
被扶養者がうけた事故であるとき	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	ｹﾝﾎﾟ　ﾊﾅｺ 健保　華子		被保険者との続柄	長女	
第三者 （相手方）	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	ｵｵｻｶ　ｲﾁﾛｳ 大阪　一郎		生年月日	M・T・S・H・R 64年　1月　1日	
	現住所	〒○○○-○○○○ ○○○県○○○市○○○町1-1　（TEL　○○○－○○○○－○○○○）				
第三者 （相手方） 勤務先	名称	○○○株式会社		事業内容 または職業	○○○○○	
	所在地	〒○○○-○○○○ ○○○県○○○市○○○町1-1　（TEL　○○○－○○○○－○○○○）				
第三者（相手方）の住所・氏名が判らないとき	その理由					

2．事故内容

傷病名	頚椎捻挫	発生年月日	H・R　1年　5月　1日 午前・午後　3 時　30分頃
発生の場所	□□□県□□□市□□□町の交差点		
種　　別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打・刺傷・その他（　　）		
事故結果	治療　・　入院中の死亡　・　入院直後の死亡　・　即死 （死亡日：H・R　　年　　月　　日）		
警察官の立会い	あった　・　ない　・　ないが届出済　・　わからない		
所管署	大阪　警察署　　派出所		

過失の割合	自分がなんぶ	相手がなんぶ
	0，1，2，3，4，5，6，7，8，9，10	0，1，2，3，4，5，6，7，8，9，10

※この届に添えて提出する書類　：　事故証明書（原本）　　1通

3．治療状況

医療機関の受診状況	受診した	受診していない
医療機関 名称	○○○整形外科クリニック	
医療機関 所在地	〒○○○-○○○○ ○○○県○○○市○○○町1-1　（TEL　○○○－○○○○－○○○○）	
支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他（　　）	
治療期間	H・R　1　年　5　月　1　日から H・R　　年　　月　　日（　5　月　10　日現在 治療中）	
治療見込	H・R　1　年　5　月　1　日から H・R　1　年　10　月　1　日ぐらい	
後遺症	あ る　・　あ る 見 込　・　な い　・　な い 見 込	

4．第三者（相手方）の自動車保険加入状況

①自賠責保険

保険加入の有　無	ある　・　ない	保険契約期間（和暦）	自　H31　年　1　月　1　日 至　R1　年　12　月　31　日	
保険加入証明記号・番号	第98-7654321　号	フリガナ 契約者氏名	ｵｵｻｶ　ｲﾁﾛｳ 大阪　一郎	
契約保険会社 名称	△△△株式会社	管轄支店	△△△営業部	
契約保険会社 所在地	〒○○○-○○○○ ○○○県○○○市○○○町1-1　（TEL　○○○－○○○○－○○○○）			

②任意保険

保険加入の有　無	ある　・　ない	保険契約期間（和暦）	自　H31　年　1　月　1　日 至　R1　年　12　月　31　日	
保険加入証明記号・番号	第12-3456789　号	フリガナ 契約者氏名	ｵｵｻｶ　ｲﾁﾛｳ 大阪　一郎	
契約保険会社 名称	□□□株式会社	管轄支店	□□□営業部	
契約保険会社 所在地	〒○○○-○○○○ ○○○県○○○市○○○町1-1　（TEL　○○－○○○○－○○○○）			

5．現在の状況・損害賠償の請求等

示談の状況		示談が成立	H・R　　年　　月　　日		
	○	交渉中	H・(R) 1年　5月　10日現在	示談が成立していない理　由	
		示談が成立していない			
		請求権を放棄した	H・R　　年　　月　　日	放棄した理　由	
自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は			した（請求書名　　）・しない・請求中		

損害賠償の請求および支払状況	相手方に対する損害賠償の請求	○	していない	
			した　H・R　年　月　日　口頭・文書 治療費　円 休業補償　円 その他　円	
	第三者（相手方）から損害賠償をうけたとき	損害賠償の種類	加害者直接賠償　・　保険会社からの賠償	
		賠償金の内訳	治療費(入院費含)	円
			休業補償費	自　H・R　年　月　日　1日につき　円 （　日分） 至　H・R　年　月　日　円
			埋葬料	円
			慰謝料	円
			見舞金	円
			障害保証金	円
			その他	円
			合　計	円
		受領方法および受領年月日	全　額	H・R　年　月　日受領
			分　割（　）回払	第１回　円 H・R　年　月　日受領
				第２回　円 H・R　年　月　日受領
				第３回　円 H・R　年　月　日受領
				第４回　円 H・R　年　月　日受領

上記のとおりお届けします。

大同生命健康保険組合　理事長　殿　　R1　年　5　月　10　日

被保険者（自署）　住所　〒　○○○-○○○○
△△△県△△△市△△△町2-2

氏名　健保　太郎　㊞

念書（兼　同意書）

大同生命健康保険組合　理事長　殿

R1 年　5 月　10 日

事故発生年月日	H・(R) 1 年 5 月 1 日	事故発生場所	○○○県○○○市○○○町の交差点
被害者氏名	健保　華子	第三者（相手方）氏名	大阪　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）第三者（相手方）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）第三者（相手方）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、私が第三者（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。

被保険者　住　所　〒　○○○-○○○○
△△△県△△△市△△△町2-2
氏　名　健保　太郎　㊞
TEL　○○○－○○○○－○○○○

被扶養者　住　所　〒　○○○-○○○○
△△△県△△△市△△△町2-2
氏　名　健保　華子　㊞
TEL　○○○－○○○○－○○○○

誓約書

大同生命健康保険組合　理事長　殿

R1 年　5 月　　5 日

第三者 （相手方）	住所	○○○県○○○市○○○町1-1
	氏名	大阪　一郎

被害者	住所	△△△県△△△市△△△町2-2
	氏名	健保　華子

事故発生日時	H・(R)　1　年　5　月　　1　日　午前・(午後)　3　時　30分頃

事故発生場所	□□□県□□□市□□□町の交差点

事故発生状況	センターラインを超えて走行し、正面衝突したもの。

上記第三者行為の事故・傷害により貴組合被保険者・被扶養者（被害者）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、大同生命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、大同生命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。

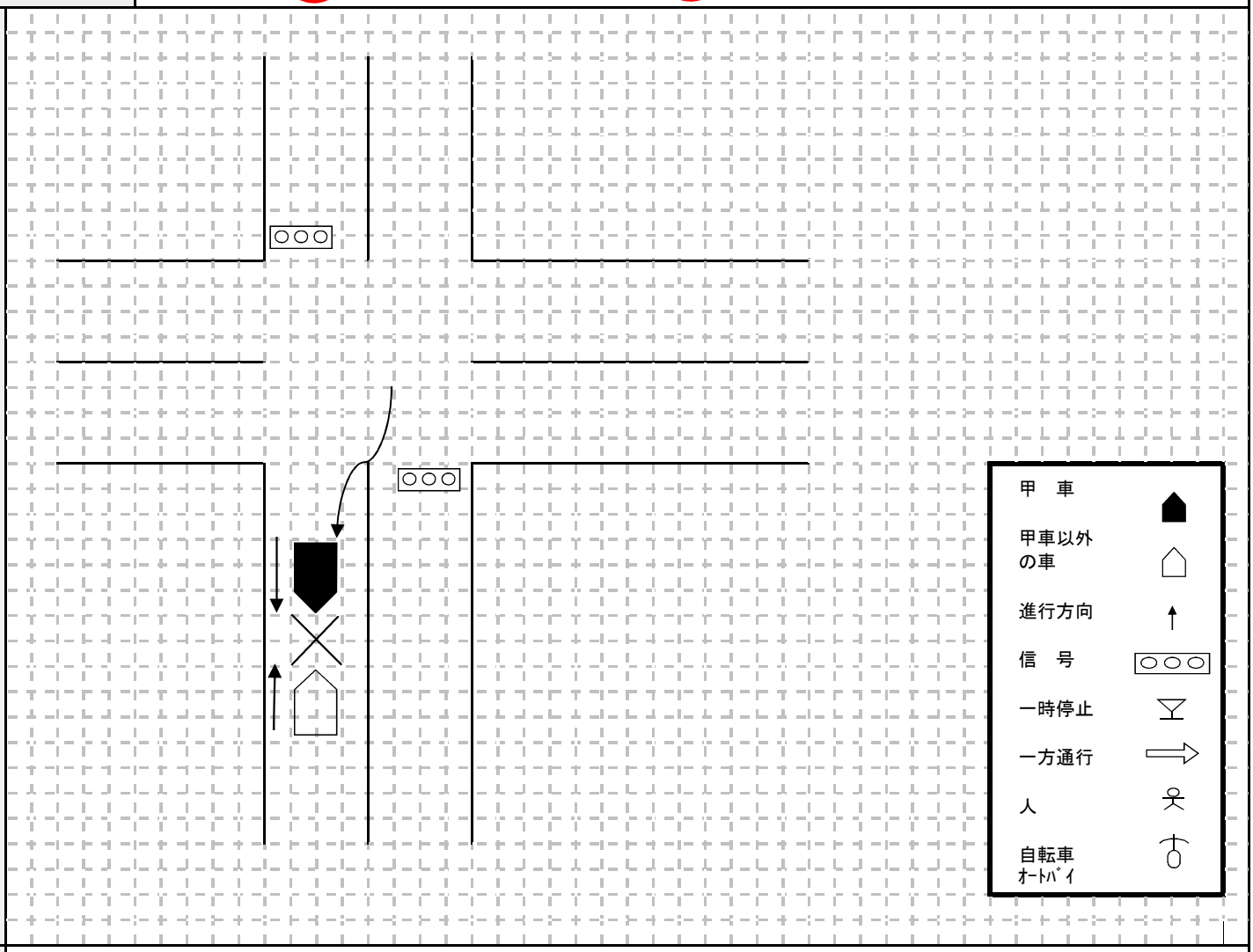
第三者　　住所　　〒　○○○-○○○○
○○○県○○○市○○○町1-1
氏名　　大阪　一郎　　㊞
ＴＥＬ　　○○○－○○○○－○○○○

連帯保証人　　住所　　〒　○○○-○○○○
○○○県○○○市○○○町1-1
氏名　　大阪　太一　　㊞
ＴＥＬ　　○○○－○○○○－○○○○
第三者との関係　（　　父　　）

事故発生状況報告書

甲（相手方）氏名	大阪　太郎	乙（被害者）氏名	健保　華子	(運転)・同乗 歩行・その他
天候	(晴)・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・(普通)・閑散	
速度	甲車　40　km／h（制限速度　60　km／h）		甲車以外の車　40　km／h（制限速度　60　km／h）	
道路状況	見通し（(良い)　悪い）	道路幅	甲車側（　25　m）甲車以外の車側（　25　m）	
信号または標識	信号　（(有)　無　）	一時停止標識	（(有)　無　）	その他の標識（　なし　）

事故発生状況を図示してください。



上記の図の説明を書いてください。

甲車（相手方）が急にセンターラインを超えて走行してきて、正面衝突したもの。

R1　年　5　月　10　日

報告者

甲との関係（　　）

乙との関係（　父　）

氏名　健保　太郎　(印)