

第三者の行為による傷病届
(交通事故以外)

被害者	被保険者証 記号番号	〇〇〇-〇〇〇〇	フリガナ ケンボ タロウ 氏名 健保 太郎 昭平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日生 (〇〇才)
	被保険者の 住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 電話 〇〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
	被保険者の 勤務事業所	名称 株式会社〇〇〇〇〇 所在地 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 電話 〇〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
	被扶養者が被害者 であるとき	フリガナ ケンボ ハナコ 氏名 健保 花子 昭平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日生 (〇〇才)	続柄 妻

加害者 (事故の 相手方)	加害者	フリガナ テツドウ ミライ 氏名 鉄道 未来 昭平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日生 (〇〇才)	
	現住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 電話 〇〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
	加害者の勤務先 (加害者が未成年の場合には、その保護者)	名称	事業の内容または職業
		所在地	電話 ()
	加害者の住所氏名が 不明の場合その理由	けんかで相手が逃げてしまった場合などは理由を記入してください	

事故の内容	傷病名	右足骨折	損害の程度	全治 1 ヵ月
	事故発生日・場所	事故日時	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ()	午前 〇〇:〇〇 頃 午後 〇〇:〇〇 頃
		場所	〇〇県〇〇町 〇〇スキー場	
	事故種別	1. 喧嘩による 打撲・骨折・殺傷 2. 飲酒による事故 ③. その他障害事故()		
	事故結果	治療中・入院直後の死亡 令 年 月 日死亡 ・ 即死 入院中の死亡		
	所轄警察署	警察に届出済 ・ 届出なし ・ 不明	届出署	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 (%)		

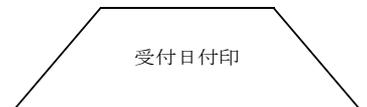
示談状況	示談は成立していますか	成立している	令和 年 月 日 成立
		成立していない・交渉中・請求権放棄	令和 年 月 日 現在
	成立していない場合はその理由	治療継続中のため	
請求権を放棄した場合	令和 年 月 日	理由	

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			
	すでに請求済みの場合		年 月 日 (口頭・文書) で 請求した			
	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。					
	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	円	慰謝料	円	
		休業補償費	月 日から 月 日までの 日間	×日額	=	日間 円
		葬祭費	円	その他	円	
		見舞金	円	(合計額) 円		
	受領方法	一括	平成・令和 年 月 日	受領		
分割 ()回払い		1回目	円 令 年 月 日	日受領		
		2回目	円 令 年 月 日	日受領		
	3回目	円 令 年 月 日	日受領			

治療状況	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた ・うけない			
	医療機関	名称	〇〇〇〇総合病院			
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇			
	治療期間	令〇〇年〇月〇〇日から(入院 自 月 日)	至 月 日	通院		
	転院先医療機関	名称	〇〇〇〇クリニック			
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇			
	転院先医療機関治療期間	令〇〇年〇月〇〇日から(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(自賠償支払)・その他()					

添付書類

- 事故発生状況報告書
- 念書兼同意書(被保険者、被扶養者記載用)
- 誓約書
- 相手方の損害賠償保険契約内容
- 診断書の写し
- 示談が成立している場合には示談書の写し
- 死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書



事故発生状況報告書

当事者	甲 (事故相手)	氏名 鉄道 未来	乙 (被保険者又は被扶養者)	氏名 健保 花子
-----	-------------	-----------------	-------------------	-----------------

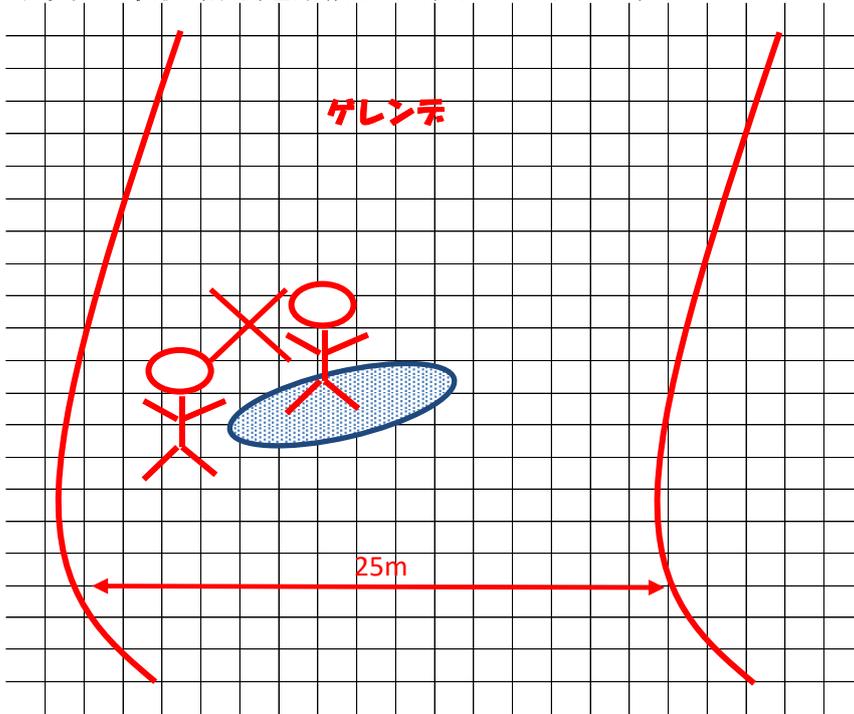
事故発生
の
状況

加害者の行為によって生じた事故について加害者の行動および被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入してください。

〇〇スキー場にて、スノーボード滑走中の加害者が、スピードをコントロールできず、ゲレンデ端で休憩をしていた被害者に激突した。

事故現場の状況を図示してください

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
人 間 
自 転 車 } 
バ イ ク } 
接 触 地 点 

上記のとおりご報告いたします

令和 年 月 日

報告者 甲との関係()
乙との関係()
氏 名

印

損害賠償保険契約内容

1. 自動車・バイク事故の場合

保険の種類		自 賠 責 保 険		任 意 保 険	
契約内容					
自動車保険 証明書番号					
保険会社の名称					
保険契約者	住 所	〒 電話() -		〒 電話() -	
	氏 名				
自動車の	種 別		府県別		府県別
	登録(車両) 番号				
	車台番号				
保険契約期間		自 令 年 月 日 至 令 年 月 日 カ月間		自 令 年 月 日 至 令 年 月 日 カ月間	
車両の所有者	住 所	〒 電話() -		〒 電話() -	
	氏 名				
損害賠償金 支払請求店	所 在 地	〒		〒	
	名 称 及 び 担 当 課				
	担 当 者 名				
	電 話				

損害賠償保険(個人賠償・施設賠償責任保険等)に加入している
場合に記入してください

2. 自動車・バイク事故の場合以外の場合

損害保険		種 類	個人賠償責任保険	名 称	安心〇〇保険
保 険 会 社	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇		電話	(〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇
		〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇			
	名 称	〇〇〇損害保険(株)			
	証 券 番 号	ABC123456			
契 約 者	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇		電話	(〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇
		〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇			
	氏 名	鉄道 未来			
保 険 契 約 期 間		令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ ~		令和〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇ヵ月間	

念書 兼 同意書

鉄道弘済会健康保険組合 理事長 殿

被保険者 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇

氏名 **健保 太郎**

印

電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇

被扶養者 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇

氏名 **健保 花子**

印

電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇

事故発生日 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

事故発生場所 〇〇県〇〇町 〇〇スキー場

被害者名 **健保 花子**

加害者名 **鉄道 未来**

- 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。

誓約書

鉄道弘済会健康保険組合 理事長 殿

(事故日) (事故発生場所)
私は、令和 ○○年○○月○○日、○○県○○町 ○○スキー場 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709条、健康保険法第57条の規定に基づき、鉄道弘済会健康保険
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、鉄道弘済会健康保険
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 ○○年 ○○月 ○○日

加害者 住 所 〒 ○○○-○○○○
○○県○○市○○町○-○-○
氏 名 鉄道 未来 (印)
電話番号 (○○○) ○○○-○○○○

連帯保証人 住 所 〒 ○○○-○○○○
○○県○○市○○町○-○-○
氏 名 ○○ ○○ (印)
電話番号 (○○○) ○○○-○○○○
加害者との関係 父