

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	—	フリガナ				
	被保険者の住所	〒 —		氏名	昭・平・令 年 月 日生 (才)		
	被保険者の勤務事業所	名称					
		所在地	〒 —		電話	()	
被扶養者が被害者であるとき	フリガナ				続柄		
	氏名	昭・平・令 年 月 日生 (才)					

加害者 (事故の相手方)	加害者	フリガナ				
		氏名	昭・平・令 年 月 日生 (才)			
		現住所	〒 —		電話	()
	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					

事故の内容	傷病名			損害の程度	全治	ヵ月	
	事故発生日・場所	事故日時	令和 年 月 日 ()			午前	頃
		場所					
	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 (%)					

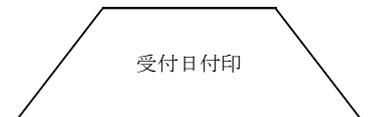
示談状況	示談は成立していますか	成立している	令和 年 月 日 成立		
		成立していない・交渉中・請求権放棄	令和 年 月 日 現在		
	成立していない場合はその理由				
請求権を放棄した場合	令和 年 月 日	理由			

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	令和 年 月 日 受領			
分割 ()回払い		1回目	円	令	年 月 日受領	
		2回目	円	令	年 月 日受領	
	3回目	円	令	年 月 日受領		

治療状況	この事故で医師の治療を受けましたか		受けた ・ 受けない			
	医療機関	名称				
		所在地				
	治療期間	令 年 月 日から(入院 自 月 日 至 月 日) 通院				
	転院先医療機関	名称				
		所在地	電話 ()			
	転院先医療機関治療期間	令 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



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				

2. 自動車・バイク事故の場合以外の場合

損 害 保 険		種 類	名 称
保 険 会 社	住 所	〒 電話	
	名 称		
	証 券 番 号		
契 約 者	住 所	〒 電話	
	氏 名		
保 険 契 約 期 間		令和 年 月 日 ~ ~ 令和 年 月 日 カ月間	

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

氏 名 ⑩

電話番号

被扶養者 住 所

氏 名 ⑩

電話番号

事故発生日 令和 年 月 日

事故発生場所

被害者名

加害者名

- 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、 _____ に
おいて生じた第三者行為の事故・傷害により、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 〒 _____
_____ ⑩
氏 名 _____
電話番号 _____

連帯保証人 住 所 〒 _____
_____ ⑩
氏 名 _____
電話番号 _____
加害者との関係 _____