

| | | | |
|------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 係員 | 係員 |
| | | | |

健康保険被保険者 第三者行為による傷病届

平成 年 月 日下記のとおりお届けします。

| | | | | | | | |
|--------------------------|-----------|----------------|----------|----------------|------------------|--------------|----|
| 被保険者証 の記号番号 | | 被保険者の 氏 名 | | | | | 電話 |
| | 第 号 | 住 所 | 〒 | | | | |
| 被保険者の 勤務している 事業所 | 名 称 | | | | | | 電話 |
| | 所 在 地 | 〒 | | | | | |
| 該当者の (被害者) | 氏 名 | | 男 女 | 大正 昭和 平成 | 年 月 日生 | 被保険者 との続柄 | |
| 第三者の [相手方 に関する事] | 氏 名 | | | 事業所又は 監督義務者 | 名 称 | | |
| | 生年月日 | 大正 昭和 平成 | 年 月 日生 | | 所在地 | | |
| | 住 所 | | | | 代表者名 | | |
| | 連絡先 | 電話 | | | 連絡先 | 電話 | |
| | 職 業 | | 男・女 | | 担当者 | | |
| 事故の年月日 | 年 月 日 | 午前 午後 | 時 分頃 | 事故時の状況 | 私用・社用・通勤中 | | |
| 事故発生場所 | | | | 警察官の立会 | あった・ない ないが届けた | | |
| この事故は、主として責任はどちらにありますか。 | | | (相手方なんぶ) | | (相手方なんぶ) | | |
| 傷害の態様(部位及び傷病名) | | | | | | | |
| 健康保険で 診療を受け 他医療機関 | 名 称 | | | | | | |
| | 所 在 地 | | | | | | |
| | 担 当 医 師 名 | | | | | | |
| | 電 話 番 号 | | | | | | |
| | 診 療 開 始 日 | 年 月 日 | 入院 通院 | 年 月 日 | 入院 通院 | | |
| その他参考になる事項がありましたら記入して下さい | | | | | | | |

「第三者行為による傷病届」の提出時に既に示談が終わっている場合は、示談書の写しを添付してください。

| | | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|------------------|----------|----------|----------|-----|
| 第三者（相手方） に対する損害賠償 の請 | 請求しましたか | | した・しない・これからする | | | | |
| | 請求したときは、その年月日と方法 | | 平成 年 月 日（口答・文書） | | | | |
| | 請求していないときは、その理由 | | | | | | |
| 第三者（相手方） に対する損害賠償 の放 | 損害賠償請求権を放棄しましたか | | した（理由）・しない | | | | |
| | 放棄したときはそのことを相手方にどのような方法で意志表示しましたか | | | | | | |
| 加害者（第三者） との間の示談 | 示談が成立していますか | | いる・いない・（交渉中・する予定 | | | | |
| | 成立してい るときは | その年月日 | 年 月 日 | | | | |
| | | 「示談書の写」をつくって添付してください。 | | | | | |
| 第三者（相手方） から損害賠償をう けたとき | 内 訳 | 1. 療 養 費 | 2. 休 業 補 償 費 | 3. 慰 謝 料 | 4. 見 舞 金 | 5. そ の 他 | 備 考 |
| | 金 額 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| | 受 領 年 月 日 | ・ ・ | ・ ・ | ・ ・ | ・ ・ | ・ ・ | |

第三者が車両など運行して生じた事故の場合（相手方の自動車賠償責任保険に関する）記入してください。

| | | | | | | | |
|-----------------------|------------------|------------------|-------------------|--------------|--------|--|--|
| 自賠責保険 証明書番号 | 号 | 保険会社 の名称 | 保険株式会社 | | | | |
| 保 險 契 約 者 | 住 所 | 〒 | | | | | |
| | 氏 名 | 氏 名 | | | | | |
| | 連 絡 先 | 電話（ ） | | | | | |
| 加 害 自 動 車 | 車 種 | 保険申込書に 同じ | 使用の本拠地 （都道府県名） | 保険申込書に 同じ | | | |
| | 登録番号 プレートナンバー | 交通事故証明書に同じ | | | | | |
| | 車台番号 | 保険申込書に同じ | | | | | |
| | 任意保険 | あり | 保険会社名 | | 証券 | | |
| | | なし | | | | | |
| 保 險 期 間 | 自 | 年 | 月 | 日 | カ月 | | |
| | 至 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | | 保有者 （所有者・使用者） | 住所 〒 | | | | |
| | | 氏 名 | 氏 名 | | | | |
| | | 連 絡 先 | 電話（ ） | | | | |
| | | 契約者との 関係 | 本人・譲受人・借受人・その他（ ） | | | | |
| | | 加 住 所 | 交通事故証明書に同じ | | | | |
| | | 害 氏 名 | 交通事故証明書に同じ | | | | |
| | | 運 連 絡 先 | 電話（ ） | | | | |
| | | 転 保有者との 関係 | 本人・従業員・親族（続柄） | | | | |
| | | 者 職 業 | | | | | |
| | | 性 別 | 男・女 | | | | |
| | | 保険金の請求を しましたか | | | した・しない | | |

上記のとおり届出いたします。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

電 話

別 紙

交通事故証明書
事故発生状況報告書
同意書
念書（被保険者分・相手方分）

必ず添付してください。

交通事故証明書（原本）を添付してください。物損事故で処理した場合は、別に人身事故証明書入手不能理由書を作成し添付してください。添付書類等の提出拒否されますと全額個人負担となります。

事故発生状況報告書

| | | | | | | |
|--|---|------------|--------------------------------|----------|-------------------|-----------------|
| 相手方 | 自賠責保険の 証明書番号 | | 当事者 | 甲(相手方) | 氏名 (電話) | |
| | 自動車の番号 | | | 乙(被保険者等) | 氏名 (電話) | 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 | 明暗 | 昼間・夜間・明け方・夕方 | |
| 道路状況 | 舗装 してある / してない 平坦・坂 | | 歩道(両・片) ある / ない 見通し 良い / 悪い | | 直線・カーブ 積雪路・凍結路 | |
| 信号又は標識 | 信号 ある / ない | | 駐停車禁止 されている / されていない | | その他標識 | |
| 速度 | 甲車両 | km/h(制限速度) | km/h) | 乙車両 | km/h(制限速度) | km/h) |
| 事故現場における自動車と被害者と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) <div style="float: right; margin-top: 10px;"> 相手者 甲 自 車 乙 進行方向 信 号 (色も表示) 一時停止 人 間 自 転 車 オ ン バ イ </div> | | | | | |
| 上書 記 い 図 て の く 説 だ 明 さ を い | | | | | | |

別途交通事故証明書に補足して上記のとおり報告します

平成 年 月 日

報告者

(当事者との関係)

念 書

事故発生場所
平成 年 月 日

相手方
において、

との交通()事故により 被保険者等氏名 の被った傷病について、健康保険法による保険給付を受けましたので、私が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条の規定によって政府が保険給付の価格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異議のないことをここに書面をもつてもうしたてます。

なお、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 自動車損害賠償責任保険へ請求するときは、事前にその旨を報告します。
2. 相手側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出します。
3. 相手方に白紙委任状を渡しません。
4. 相手側から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額(評価額)をまれなく、かつ遅滞なく貴職にお届けします。
5. 受診している病院等が変わったとき、又は、治療が終了したときは、その旨を貴職に連絡します。

平成 年 月 日

住 所
被保険者
氏 名

平成 年 月 日

ポッカ健康保険組合理事長 殿

念 書

平成 年 月 日 事故発生場所 において、私
(当事者甲) と健康保険被保険者・被扶養者(当事者乙)

との間に発生した交通()事故による被保険者等の損害について、健康保険法に基づき保険給付を受けましたので、健康保険法第 57 条の規定に基づき求償されたときは、直ちにお支払いいたします。

なお、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 自動車損害賠償責任保険へ請求するときは、事前にその旨を報告します。
2. 健康保険被保険者等と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出します。

平成 年 月 日

住 所
当事者甲
氏 名

住 所
連帯債務者
氏 名

(債務者との関係：)

ポツカ健康保険組合理事長 殿

同 意 書

私が交通事故等により被った保険事故について、健康保険法第 57 条の規定により、ポッカ健康保険組合が保険給付の支払いにかかる損害賠償を相手方の加入する損害保険会社(自動車損害賠償責任保険・共済等)に請求するた請求書類として、当該保険事故にかかる保険給付の明細書(診療報酬明細書及び現金給付の明細書)の写しを添付することに同意しま

併せて当該保険事故に関する医療機関及び損害保険会社等への紹介とその回答を受理することに同意します。

平成 年 月 日

受診者 住 所

氏 名

(親権者)

受診者が扶養家族で未成年の場合、記入してください。

ポッカ健康保険組合理事長 殿

診療報酬明細

医療機関が健康保険の保険者に医療費を請求するための請求書のことでカルテから作成され、入院・外来別に一ヶ月ごとに一枚提出があります。

現金給付の明細書

傷病手当金・高額療養費・療養費・埋葬費等の支給明細書