

受付日	年	月	日
決定日	年	月	日
常務理事	事務長	係	係

健康保険

第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その1)

被害者・加害者関係	被保険者等 記号・番号	記号 番号	氏名 現住所	印		
	被保険者が勤務している事業所	名称 所在地	TEL ()			
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名	被保険者との続柄			
	加害者	氏名 現住所	生年月日	和暦 年 月 日	TEL ()	
	加害者の勤務先	名称又は氏名 所在地又は住所	事業内容又は職業	TEL ()		
	加害者の住所氏名が判らないとき	その理由				
	事故内容	傷病名	発生年月日	和暦 年 月 日	午前・後 時 分頃	
発生の場所						
種別		自動車事故 バイク 自転車	事故 殴打 殺傷	その他 ()		
事故結果		即死 入院直後の死亡 入院中の死亡	死亡 和暦 年 月 日	・治療		
警察官の立会		あった ない	ないが届出済	わからない		
所轄署		警察署			派出所	
過失の度合		自分がなんぶ 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		相手がなんぶ 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		

該当文字を
でかこみ、必要事項を記入してください。

この届に添えて 提出する書類	自の 動と 車 時 事 は 故	1 自動車事故証明書 2 事故発生状況報告書 3 診断書 4 死亡の場合は戸籍謄本 および死亡診断書
		5 示談をしているときは 示談書の写

受 付 日 付 印

事 故 発 生 の 状 況	<p>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及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。</p>
	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
事 故 現 場 の 見 取 図	<p>事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示して下さい。</p>
	<p>.....</p>

自動車事故であって「事故発生状況報告書」を、この届に添えて提出するときは、この頁に記入する必要はありません。

加害者加入の自動車状況	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自和暦 至和暦	年 月 日	年 月 日			
	保険加入証明 記号番号	第 号	契約者名 氏						
	契約保険会社	名称							
		所在地	TEL ()						
示談状況	示談が成立	交渉中	和暦	年	月	日			
	和暦 年 月 日	成立していない	現在	和暦	年	月 日			
		示談が成立していない理由		放棄した理由					
損害賠償の請求および支払状況	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は		した(請求者名) しない 請求中						
	加害者に対する損害賠償の請求		和暦 していない	年	月	日	治療費 円 休業補償 円 その他 円		
				した	口頭	文書			
	第三者(加害者)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 (入院費を含む)					円	
			休業補償費	自和暦	年	月	日	1日につき	円
				至和暦	年	月	日	日分	円
			葬祭費					円	
			慰謝料					円	
			見舞金					円	
障害補償費							円		
その他					円				
	合計					円			
受領方法 および年月日	全額	和暦 年 月 日 受領							
	分割 ()回払	第1回	和暦	円	年	月 日受領			
		第2回	和暦	円	年	月 日受領			
		第3回	和暦	円	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		うけた ・ うけない		
	医療機関	名称			
		所在地	TEL ()		
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ()			
	治療開始	和暦	年 月 日	入院 通院	
	転 帰	(和暦 年 月 日 現在) 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止			
	入院治療機関	入院 自 和暦	年 月 日	~ 至	年 月 日
		通院 自 和暦	年 月 日	~ 至	年 月 日
後遺症	ある ある見込 ない ない見込				
治療見込	和暦	年 月 日	から約	日 月 ぐらい	

この欄は記入する必要がありません

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 容	支 給 年 月 日	備 考
療 養 の 給 付	円	自 _____ 日間 至 _____	.	
療 養 費	円	マッサージ、コルセット 柔道整復施術、輸血		
傷 病 手 当 金	円	自 _____ 日間 至 _____		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

同意書

ファイザー健康保険組合
理事長 殿

私が加害者（ ）に対して有する 損害賠償請求権は、健康保険法第 57 条の規定により、ファイザー健康保険組合が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、ファイザー健康保険組合が損害賠償額の支払いの請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領した時は、ファイザー健康保険組合は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

併せて、次の事項に対し同意し遵守することを誓約いたします。

1. 加害者（保険会社）と示談を行う場合には、必ず前もって貴健保組合にその内容を申し出ること。
2. 加害者側（保険会社）に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者側（保険会社）から金品を受けたときは、受領年月日、内容金額(評価額)をもなく、且つ 遅滞なく貴健保組合に届け出ること。

※金品とは医療機関窓口での自己負担金を保険会社が代理で支払った金額を含みます。

4. 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること

和暦 年 月 日

届け出者（被保険者）

〒

〔住所〕

〔TEL〕

()

〔氏名〕

⑩

※ 健康保険法第 57 条

健保組合が医療機関に支払った治療費は、本来加害者が支払うべきものです。それを健保組合が加害者に代わって立替払いし、後日、健保組合が加害者側(保険会社等)に対して、治療に要した費用を請求することになります。従って、被害者が加害者に対して有する損害賠償請求権のうち、保険給付を受けた限度内については、自動的に健保組合に移ります。

誓約書

事故発生日 和暦 年 月 日 午前 午後 時 分頃
事故発生場所

当事者 甲(加害者)氏名
乙(被害者)氏名

事故内容 _____

上の事故により乙の被った負傷について、健康保険法に基づき、貴健康保険組合が同人に給付する保険給付金については、請求があればすみやかに返済することを誓います。

万一これに違反した場合はいかなる措置をとられても異議のないことを申し添え、後日の証として本書を提出します。

和暦 年 月 日

ファイザー健康保険組合理事長 殿

支 払 人 (加 害 者)

〒 _____

住 所

氏 名

印

連 帯 保 証 人 (加 害 者 側)

〒 _____

住 所

氏 名

印

加害者が業務中の事故であるときの連帯保証人は雇用主になります。