

健康保険 第三者の行為による傷病届(業務外)

※年月日は西暦で記入してください

被保険者	氏 名	記号		番号		
		生年月日	年 月 日			
	住 所	電話番号 (自宅)				
	事業所名	電話番号 (事業所)				
受診者	氏 名	被保険者との続柄				
		生年月日	年 月 日			
負傷状況	負傷日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃				
	負傷場所	☐ 自宅 ☐ 会社内 ☐ その他 → カッコ内に住所を記入 ()				
	負傷状況	☐ 私用外出中 ☐ 勤務中 ☐ 通勤途上 ☐ その他 () * 負傷時、「勤務中」または「通勤途上」である場合は事業所に届出をしてください				
	負傷原因	どのように負傷したかをご記入ください				
治療状況	医療機関名					
	所在地					
	電話番号					
	治療開始日	年 月 日		年 月 日		
	治療期間	☐ 入院 (月 日 ~ 月 日) ☐ 通院		☐ 入院 (月 日 ~ 月 日) ☐ 通院		
	傷病名					
	診療費の負担	☐ 健保(被保険者証使用) ☐ 自賠責 ☐ 自己負担または加害者負担				
第三者 (相手方)	氏 名	生年月日	年 月 日			
		職 業				
	住 所	電話番号				
	使用主又は保護者氏名	生年月日	年 月 日			
		職 業				
	住 所	電話番号				
	業務区分	☐ 業務上 ☐ 業務外				
事故対応等	事故の責任	☐ 相手 ☐ 私 ☐ 双方 ☐ 不明				
	警察官の立会い	☐ あり ☐ なし(届出済) ☐ なし ☐ 不明 「あり」または「なし(届出済)」の場合 警察署 派出所				
	保険関係報	損害保険会社介入の有無		☐ あり ☐ なし		
		相手方	自賠責保険	会社名	担当者名	
			任意保険	会社名	担当者名	
		当 方	自賠責保険	会社名	担当者名	
任意保険	会社名		担当者名			
損害賠償請求	損害賠償請求の有無	☐ した (☐ 文書 ☐ 口頭) 請求年月日 年 月 日		☐ しない 理 由		
示 談	示談成立の有無	☐ した ☐ 交渉中 成立年月日 年 月 日		☐ していない 未成立理由		
賠償金 (示談金)	受領の有無	☐ 受領した (金額 円) ☐ 受領していない				
	受領年月日	年 月 日				

事故発生状況報告書

※「交通事故証明書」を添付してください

事故発生原因		道路状況	幅員	m		
			路面	☐ 舗装 ☐ 未舗装 ☐ 凹凸 ☐ 乾燥 ☐ 湿潤 ☐ 凍結 ☐ 積雪 ☐ その他		
				見通し	☐ 良い ☐ 悪い	
		交通状況	車両	☐ 混雑 ☐ 多い ☐ 閑散 ☐ ほとんどない		
			人通り	☐ 混雑 ☐ 多い ☐ 閑散 ☐ ほとんどない		
		速度	制限速度	km/h		
	当方車		km/h	相手車	km/h	

事故発生現場の見取り図

事故発生現場を図示してください(道路幅をmで記入してください)

「交通事故証明書」を添えて、上記のとおり報告いたします。

(西暦)

年 月 日

報告者 { 被保険者
いづれか該当する方に○をつけてください 被扶養者

氏名

印

念書兼同意書

(西暦) 年 月 日 (場所) において
(加害者) の不法行為により (被害者) 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、貴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異議がないことを、ここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴健康保険組合に申し出ること
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと
3. 加害者側から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額(評価額)をもれなく、かつ遅滞なく
貴健康保険組合に届出ること
4. 保険会社に保険金を請求する場合は、貴健康保険組合に前もって申し出ること

また、被害者が被った傷病に関する個人情報の取扱について、次の事項に同意します。

1. 貴健康保険組合が、損害賠償額の支払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等の写しを添付すること
2. 貴健康保険組合が、私の保険給付および求償業務に関して必要な事項について、損害保険会
社から情報提供を受けること

(西暦) 年 月 日
届出者 { 被保険者 住所
いづれか該当する方に○をつけてください { 被扶養者 氏名 ⑩

群馬銀行健康保険組合理事長 殿