

## 第三者の行為による傷病届けの提出について

自動車事故、けんか等他人の不法行為により受傷し、医療機関で受診した場合は別添「第三者行為による傷病届」等を速やかに提出することとなっています。下記の事項に留意のうえ至急ご提出ください。

### 記

1. 捺印もれのないようにして下さい。
1. 第三者の行為による傷病届  
被害者（被保険者又は被扶養者）が記入して下さい。
1. 事故発生状況報告書  
被害者（被保険者又は被扶養者）又は、加害者が記入して下さい。
1. 誓約書  
加害者に記入してもらって下さい。
1. 念書  
被害者（被保険者又は被扶養者）が記入して下さい。
1. 交通事故証明書  
警察署又は、自動車安全運転センターで証明したものを提出して下さい。
1. 診断書  
治療を受けている医療機関で記入したものを提出して下さい。
1. 自賠責保険及び任意自動車保険の加入状況・加害者の加入状況を記入して下さい。

本人・家族

(その1)

被害者・加害者関係	被保険者証	記号 000	氏名	健保 太郎			
	記号と番号	番号 0000	現住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1			
	被害者が勤務している事業所	名称	〇〇〇〇株式会社				
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1		Tel 111-111-1111		
	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	加害 一郎	生年月日	大・昭・平 ××年 7月 1日		
		現住所	××県××市××町1-1		Tel 123-123-1234		
	加害者の勤務先	名称又は氏名	××××株式会社		事業内容又は職業	運送業	
所在地又は住所		××県××市××町10		Tel 111-222-3333			
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	頸椎捻挫		発生年月日	××年 ××月 ××日 午前・後 ××時 ××分ごろ		
	発生の場所	××県××市××町×××交差点					
	種別	自動車事故・バイク事故・殴打・その他 ( ) 自転車 刺傷					
	事故結果	即死・入院直後の死亡 (死亡年月日)・治療 入院中の死亡					
	警察官の立合	あった・ない・ないが届け出済・わからない					
	所轄所	〇〇 警察署		〇〇 派出所			
	過失の度合	自分がなんぶ		相手がなんぶ			
①, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, ①0					

この届に添えて提出する書類	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及び死亡診断書
	5 示談をしているときは示談書の写

受付日付印



# 診 断 書

傷病者	住所					
	氏名	男 女	昭和 平成	年	月	日生( 歳)
病名及び態様						
後遺症の有無について (次の不要のものを抹消して下さい。なお、下記注を参照のこと) <span style="float: right;">有り・無し・未定</span>						
入院治療	日間	を要す			年 月 日 治療継続中 治療見込 治 癒	
自・	年 月 日：至 年 月 日					
通院治療	日間 (内治療 実日数 日)	を要す				
自・	年 月 日：至 年 月 日					
付添看護を	要す 要せず	理由				
期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日					

上記の通り診断いたします。

年 月 日

所在地  
名 称  
医師名

- 注 1 . 後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社並びに査定事務所に備付けてあります。）をご作成願います。
- 注 2 . この診断書は自動車賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用ください。なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

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	〇〇〇〇病院	
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町2	
	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他( )		
	治療期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日 入院・通院		
	転帰	(〇〇年〇〇月〇〇日現在) 現在入院中・通院加療中・治癒・中止		
	入院治療期間	入院 自 年 月 日～ 至 年 月 日 通院 自〇〇年〇〇月〇〇日～ 至 年 月 日		
	後遺症	ある・ある見込・ない・ない見込		
治療見込	〇〇年〇〇月〇〇日から約 〇〇日 ぐらい 月			

この欄は記入する必要ありません。

保険給付欄				
種別	金額	内訳	支給年月日	備考
療養の給付	円	自 至 日間		
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 至 日間		
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
合計	円			

# 誓約書

私は、平成××年××月××日、 ××県××市××町××× 番地に  
おける交通事故により、被害者 健保 太郎 がこうむった傷病の治療につき、  
健康保険により負担した費用を、組合から請求を受けた場合は、責任をもって  
お支払いいたします。

上記のとおり誓約します。（自動車保険がある場合は、保険に）

平成〇〇年〇〇月〇〇日

住所：××県××市××町1-1

氏名：加害 一郎



連帯保証人

住所：××県××市△△町100

氏名：加害 太郎



倉庫業健康保険組合 殿

自動車損害賠償責任保険及び任意保険加入状況

自賠責保険関係	保険契約者	氏名	加害 一郎
		住所	××県××市××町1-1
	証明書番号	00000	
	保険契約期間	自 ○年 ○月 ○日至 ○年 ○月 ○日	
	この事故の 取扱い 保険会社	保険会社	××××損害保険株式会社
支店名		××支店	
所在地		××県××市××町101	
電話番号		101-101-1010	
任意保険関係	保険契約者	氏名	加害 一郎
		住所	××県××市××町1-1
	証明書番号	11111	
	保険契約期間	自 ○年 ○月 ○日至 ○年 ○月 ○日	
	この事故の 取扱い 保険会社	保険会社	△△△△損害保険株式会社
支店名		△△支店	
所在地		××県△△市△△町202	
電話番号		202-202-2020	

# 念 書

××年××月××日（ ××県××市××町×××交差点 ）において  
（ 加害 一郎 ）の不法行為により（ 健保 太郎 ）の被った  
保険事故について、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条の規定によって健康保険組  
合が給付の価格の限度額において取得、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って申立てます。

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. 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前以て貴職にその内容を申し出  
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うけたときは受領年月日、内容、金額（評価額）を  
もれなく、かつ遅滞なく届け出ること。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1  
氏 名 健保 太郎



倉庫業健康保険組合  
理事長 小泉 駿一 殿