

第三者の行為による傷病届
(健康保険法施行規則第65条)

※該当事項を○で囲んでください。

受付日	令和 年 月 日		
常務理事	事務長	担当	事業所

被保険者証 記号・番号				事業所名	
事故の 日 時	年 月 日 午前 時 分			事故の 場 所	
	(月、火、水、木、金、土、日)			事故種別	自動車事故・自転車事故 バイク事故 その他の事故 ()
被害者の 住 所	(住所) 〒			加害者の 住 所	(住所) 〒
	フリガナ (氏名)				フリガナ (氏名)
	氏名・年齢 職業				フリガナ (勤務先) (男・女) オ (車両保有者との関係)
診療を受 けた病院	病院名 〒 ()			加害車両 保有者	(住所)
負傷の 程 度	保険診療開始日 年 月 日 主傷病名 入院治療 通院治療				(氏名又は会社名) (保険契約者名) (契約者との関係)
被害者の 交通方法	徒歩・自転車・原付自転車・オートバ イ・バス・トラック・軽乗用車 普通乗用車			加害者の 車 両	自転車・原付自転車・オートバ イ・トラック・軽乗用車・普通乗用車 タクシー、バス その他 () (車両番号)
過失の 度 合 い	自分の過失割合 0・1・2・3・4・5・6・7・8 9・10			加害者の 加入状況	自 賠 責 任 意
	相手の過失割合 0・1・2・3・4・5・6・7・8 9・10				(会社名称) (証券番号) (契約期間)
備 考					(会社名称) (証券番号) (契約期間)

上記の通り、第三者の行為による傷病を届けます。

令和 年 月 日

北越コーポレーション健康保険組合 理事長 殿

(〒)

被保険者 住所

氏名

印

電話 ()

- ・ 勤途上や業務上のケガや病気は、労災保険が適用され、健康保険は使えません。
- ・ 警察へ診断書を提出し、**人身事故の交通事故証明書** (保険会社原本証明でも可) をご提出下さい。
- ・ 治療、治療中止、症状固定等と診断された場合、及び示談交渉を行う前には必ずご連絡下さい。

誓約書

(1) 事故発生年月日 年 月 日 (午前・午後) 時 分頃

(2) 事故発生場所 _____

上記の事故について、私は、被害者 _____ に対して負う、損害賠償につき、被害者が健康保険法による、保険給付を受けた場合は、下記事項を遵守することはもちろん、その費用を北越コーポレーション健康保険組合に弁済することを誓約致します。

記

1. 貴組合より、被害者が受けた保険給付の請求があったときは遅滞なくその負担額を貴組合に支払うこと。
2. 被害者が受けた保険給付の損害賠償については、常に誠意をもって貴組合の申し出に応じること。
3. 被害者と示談を結ぶ場合は、事前に貴組合に申し出ること。
4. 上記事項に違背した場合は貴組合において、いかなる処置をとられても異議の申し立てをしないこと。

令和 年 月 日

北越コーポレーション健康保険組合 理事長 殿

住 所 (〒)

氏 名 印

電 話 ()

誓約書

令和 年 月 日、(場所)
で発生した事故により貴組合の加入者(被害者)が
被った傷病に対し、健康保険法により貴組合が負担した費用のうち
私が賠償すべき費用については、貴組合からの損害賠償の請求に基
づき、私が責任をもって貴組合に弁済することを誓約します。

令和 年 月 日

北越コーポレーション健康保険組合 理事長 殿

住 所 (〒)

氏 名 印

電 話 ()

誓約書 (任意保険会社殿用)

殿の依頼により、当社は、当該事故に関する貴組合からの
求償について任意一括扱いの委任を受けました。よって、当該誓約書に署名
致します。

つきましては、下記の住所宛に請求書の送付をお願いします。

令和 年 月 日

北越コーポレーション健康保険組合 理事長 殿

住 所 (〒)

保険会社名
担当者名 印

電 話 ()

*任意保険会社殿用の誓約書は、交通事故で事故相手が任意保険に委任した場合に
保険会社殿にて記入して下さい。

念 書（兼同意書）

災害発生年月日	令和 年 月 日	災害発生場所	
被害者氏名		加害者氏名	

1. 上記保険事故について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が相手側に対して有する損害賠償請求権を健康保険第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異議の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、以下の事項を遵守することを誓約します。

- (1) 治癒、治療中止、治療終了または症状固定と診断された場合、もしくは加害者と示談を行おうとする場合は、必ず健康保険組合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、かつ遅滞なく健康保険組合に届け出ること。
- (4) 保険給付の限度において、自動車損害賠償保険金（共済金）に北越紀州製紙健康保険組合より私が優先して受領したために、組合が受領すべき金額の全部または一部を受領できなかった場合は、組合が受領できなかった金額を私が組合に弁済すること。

2. 上記保険事故について、私の個人情報およびこの念書（兼同意書）の取り扱いにつき、以下の事項に同意します。

- (1) 健康保険組合が加害者（損害保険会社）に損害賠償請求をする際に必要な「事故発生状況報告書」、「診療報酬明細書（レセプト）写し」、「事故証明書」を加害者（損害保険会社）に提供すること。
- (2) 健康保険組合が私の保険事故の給付の損害賠償請求に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無およびその金額・内訳（その見込みを含む）等）について、保険会社から情報提供を受けること。
- (3) この念書（兼同意書）を保険会社等へ提示すること。

令和 年 月 日

北越コーポレーション健康保険組合 理事長 殿

住 所
被保険者
氏 名

印

事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲（加害運転者）氏名		乙（被害者）氏名		運転・同乗 { 甲 車 甲車以外の車 歩行・その他																														
速度	甲車 km/h (制限速度 km/h)	甲車以外の車 km/h (制限速度 km/h)																																
事故現場における衝突までの状況を图示して下さい。	事故発生状況略図（通路幅を m で記入してください。）																																	
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px;">×</td> <td>衝突地点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>甲 車 両</td> </tr> <tr> <td></td> <td>乙 車 両</td> </tr> <tr> <td></td> <td>自二・原付</td> </tr> <tr> <td></td> <td>自 転 車</td> </tr> <tr> <td></td> <td>歩行者、人</td> </tr> <tr> <td></td> <td>甲 の 進 路</td> </tr> <tr> <td></td> <td>乙 の 進 路</td> </tr> <tr> <td></td> <td>信 号 機</td> </tr> <tr> <td></td> <td>一次停止標識</td> </tr> <tr> <td></td> <td>その他の標識</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ガードレール等</td> </tr> <tr> <td></td> <td>横 断 歩 道</td> </tr> <tr> <td></td> <td>橋 梁</td> </tr> <tr> <td></td> <td>カーブミラー等</td> </tr> </table>				×	衝突地点		甲 車 両		乙 車 両		自二・原付		自 転 車		歩行者、人		甲 の 進 路		乙 の 進 路		信 号 機		一次停止標識		その他の標識		ガードレール等		横 断 歩 道		橋 梁		カーブミラー等
×	衝突地点																																	
	甲 車 両																																	
	乙 車 両																																	
	自二・原付																																	
	自 転 車																																	
	歩行者、人																																	
	甲 の 進 路																																	
	乙 の 進 路																																	
	信 号 機																																	
	一次停止標識																																	
	その他の標識																																	
	ガードレール等																																	
	横 断 歩 道																																	
	橋 梁																																	
	カーブミラー等																																	
上図の説明を書いて下さい。	(詳しく)																																	

甲車以外の車について判明している場合、ご記入下さい。

自動車の番号		運 転 者	氏 名 (電話)
保 有 者	〒 住 所	氏 名 (電話)	

年 月 日

報告者 甲との関係 ()
 又は 乙との関係 ()
 氏名 _____ ㊞

事故の相手についてご記入ください。

ご自身もしくはご家族。
 健保被保険者もしくは被
 扶養者で、今回ケガを負われた方

事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲（加害運転者）氏名	保 険 次 郎	乙（被害者）氏名	健 保 太 郎	<input checked="" type="radio"/> 運転・同乗 <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 甲 車 <input type="radio"/> 甲車以外の車 <input type="radio"/> 歩行・その他
------------	---------	----------	---------	--

速度	甲車 30km/h (制限速度 40km/h), 甲車以外の車 40km/h (制限速度 40km/h)
----	--

事故発生状況略図（通路幅を m で記入してください。）

事故現場における衝突までの状況を図示して下さい。

地図ならびに説明は過失相殺を決める最も大事なものですから、状況が再現できるよう具体的に書いて下さい。

上図の説明を書いて下さい。

(詳しく) 信号のある同幅員の交差を被害者（普通乗用車）が法定速度（40km）で直進したとき、同じく青信号で交差点に進入した加害者（普通トラック）が右折して被害車両の右側側面に衝突し、被害者を負傷させた。

甲車以外の車について判明している場合、ご記入下さい。

自動車の番号		運転者	氏名 (電話)
保有者	〒 住所		氏名 (電話)

年 月 日

必ず報告者の署名、捺印をしてください。

報告者 甲との関係（被害者）
 又は
 乙との関係（本人）

氏名 健 保 太 郎