

大日本塗料健康保険組合(様式1)

常務理事	事務長	事務次長	担当者

健康保険 第三者行為による傷病届

記 号 番 号		事 業 所 の 名 称			
氏 名			所 属 部 署		
住 所 〒				自 宅 Tel	
負 傷 状 況 調 査	誰 が		()才	職 業	
	い つ	年 月 日 () 午 前 ・ 午 後 時 分 頃			
	ど こ で				
	ど ん な 用 務 で				
	事 故 の 状 況				
	負 傷 名				
	病 院 名		入 院 ・ 通 院 区 分	入 院 ・ 通 院	

加 害 者	氏 名		()才	職 業	
	住 所 〒			自 宅 Tel	
	勤 務 先			会 社 Tel	

上記の通りお届けします。

年 月 日

氏 名

この届に添えて 提出する書類	①交通事故証明書(自動車安全運転センター)	④念書
	②事故発生状況報告書(別紙)	⑤確認書
	③加害者の自動車保険加入状況	

大日本塗料健康保険組合 御中

念 書

年 月 日(場所) _____において
(加害者) _____の行為により(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、大日本塗料健康保険組合が保険給付の
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
って申し立てます。

なお、貴組合が損保保険会社へ医療費等の請求をする際、病名・医療費の額等が明記されて
いる診療報酬明細書等の写を活用することに同意します。

また、あわせて次の事項を守ることを誓約します。

- 1.加害者と示談を行う場合は、必ず前もっ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わたさないこと。
- 3.加害者から金品を受けた時は、受領年月日・内容・金額をもれなくかつ遅滞なく貴職に届け出る
こと。

年 月 日

住 所

被保険者名

大日本塗料健康保険組合 御中

確 認 書

年 月 日

会 社 名

責 任 者 名

印

記

(被害者) 殿 の交通事故による治療につきまして、貴健康保険組合の保険給付の使用にあたり、貴組合より求償のありたる場合には、加害者の損害賠償責任ならびに当該自動車保険契約の責任の範囲内におきまして、支払いさせていただくことを確約いたします。

(連絡先及び担当者)

住 所	
会 社 名	
電 話 番 号	
担 当 者 氏 名	

加害者の自動車保険加入状況

自動車保険	会社名		
	所在地		
契約者	フリガナ		
	氏名		
	住所	〒	
車の保有者	フリガナ		
	氏名		
	住所	〒	
運転者	フリガナ		
	氏名		
	住所	〒	
保険の期間	自 年 月 日 至 年 月 日		
証明書番号		自賠保険請求	済 ・ 未済
任意一括担当保険会社		任意保険加入	有 ・ 無
保険会社名		証明書の番号	
所在地	〒		
担当者名			

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通り報告いたします。

甲(甲車の運転手) 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
道路状況		見通し(良い ・ 悪い)		道路幅	
				甲車側(m) , 甲車以外の車側(m	
信号または標識		信号(有 ・ 無)		一時停止標識(有 ・ 無)	
				その他標識	
事 故 発 生 状 況 を 図 示 し て 下 さ い	事故発生状況略図(道路幅を m で記入して下さい)				
甲 車  甲車以外の車  進 行 方 向  信 号  一 時 停 止  一 方 通 行  人  自転車・オートバイ 					
事故状況の説明を書いて下さい。					

年 月 日

報告者 甲との関係()
乙との関係()

氏名 _____