

第三者の行為による傷病届

兵庫県運輸業健康保険組合理事長 様

以下のとおり届出します。

平成 年 月 日

負傷者(被害者)	被保険者証の記号番号	—		被保険者氏名	Ⓜ							
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	職種						
	被保険者の住所	〒 -		TEL () -								
	勤務先名称	〒 -		所在地	〒 -							
	負傷者が被扶養者のとき	氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日	続柄			
負傷発生状況 (記入してください)	負傷発生日	平成	年	月	日	(曜日)	午前	時	分	午後	時	分
	負傷発生場所											
	負傷発生原因	業務中	出張中	出勤途中	退社途中	私用中	パート・バイト中					
	①何のために(目的)	②何処から何処へ行くとき										
	③何処で											
	④何をしていた、どうなった											
負傷日の勤務について	通勤径路及び方法	自宅 —		— 会社		通常の所要時間						
	就業開始時間	午前	時	分	就業終了時間	午前	時	分	午後	時	分	
	自宅を出た時刻	午前	時	分	退社時刻	午前	時	分	午後	時	分	
受診状況について	医療機関名(電話番号)	所		在		地		治療期間(入院・通院別に記入して下さい)		診療費の支払方法		
		〒 -			年	月	日から	入院	健保・自賠・自費			
		〒 -			年	月	日まで	通院	その他()			
		〒 -			年	月	日まで	入院	健保・自賠・自費			
		〒 -			年	月	日から	入院	健保・自賠・自費			
		〒 -			年	月	日まで	通院	その他()			
	傷病名						治療見込	月	日から約	ケ	月	日
相手方(加害者)	加害者氏名			大正 昭和 平成	年	月	日	生	職業			
	住所	〒 -		TEL () -								
	勤務先											
	勤務先所在地	〒 -		TEL () -								

警察署への届出		有	無	所轄の警察署		警察署 派出所					
交通事故の 場合 (相手方 車 輛 に つ い て)	自動車 所有者	氏名				使用者 との関係	本人・その他()				
		住所	〒 -								
	自動車保 険 の 契 約 者	氏名									
		住所	〒								
	加害者の 自動車	区別 (車種)		登録番号 (車輦番号)		車台番号					
	加害者に対して 損害賠償請求の 有無	1. 有	2.の場合その理由			保険会社者又は加害者 からの賠償の内容、金額 および受領年月日					
		2. 無									
	自 賠 責 保 険	有	無	自賠責保険 証明書番号	第	号	契約期間	自	年	月	日
		名称	担当者								
		住所	〒 - TEL () -								
任 意 保 険	有	無	自動車保険 証明書番号	第	号	契約期間	自	年	月	日	
	名称	担当者									
	住所	〒 - TEL () -									
備考											
示 談 等 の 状 況	示談成立		年 月 日								
	本訴・調停 和解の申請		年 月 日		結 審		年 月 日				
	(示談等未解決の理由、その他)										

●添付書類

1. 交通事故証明書(原本)
2. 念書
3. 誓約書
4. 示談解決済の場合は示談書(写)
5. 損害賠償受領の場合はその内訳書(途中一部受領の場合も含む)
6. 交通事故の場合:被保険者が契約されている任意保険の“保険契約者自動車保険証券(写)”

●次項による場合、一部又は全部の保険給付を受けられない場合がありますので御留意下さい。

1. 第三者行為による負傷の場合で、正当な理由なく保険者へ届出をしなかったとき。(施行規則65条届出義務違反)
2. 真正でない示談解決をした場合。損害賠償の全部又は一部を免除又は放棄した場合。(法57条第2項。最高裁判例(S38年6月))

●届書提出後の留意事項

1. 治療終了(中止も含む)時、必ず連絡を下さい。
2. 示談を行う場合、事前、事後、必ずその内容を連絡下さい。

※報告書には必ず押印して下さい。(クイックスタンプは不可)

念 書

(事故発生場所)

(加害者氏名)

平成 年 月 日 () において ()
(被害者氏名)

の行為により () 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うけた場合は、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条第1項の規定によって兵庫県運輸業健康保険組合が保険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、兵庫県運輸業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かかる診療報酬明細書等の写を添付することに同意します。

また、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、必ず前もって兵庫県運輸業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、かつ遅延なく兵庫県運輸業健康保険組合に届け出ること。
4. 後遺障害認定以後の治療費は、責任をもって兵庫県運輸業健康保険組合に返還すること。

平成 年 月 日

〒 -
住 所

被保険者名

㊤

被扶養者名

㊤

〔※被扶養者がうけた事故である
ときは連名でご記入下さい。〕

兵庫県運輸業健康保険組合理事長 様

念 書

(事故発生場所)

(加害者氏名)

平成 年 月 日 () において ()
(被害者氏名)

の行為により () 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うけた場合は、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条第1項の規定によって兵庫県運輸業健康保険組合が保険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、兵庫県運輸業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かかる診療報酬明細書等の写を添付することに同意します。

また、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、必ず前もって兵庫県運輸業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、かつ遅延なく兵庫県運輸業健康保険組合に届け出ること。
4. 後遺障害認定以後の治療費は、責任をもって兵庫県運輸業健康保険組合に返還すること。

平成 年 月 日

〒 -
住 所

被保険者名

㊞

被扶養者名

㊞

〔※被扶養者がうけた事故である
ときは連名でご記入下さい。〕

兵庫県運輸業健康保険組合理事長 様

誓約書

(事故発生場所)

平成 年 月 日 () で発生
(事由)
した により、被害者 () 様
に傷害を負わせましたが、この保険給付費(治療費)は、本来、加害者である
私の負担すべきものですので、私個人が責任をもって兵庫県運輸業健康保険組
合に対し賠償することを誓約いたします。

また、全額求償、全額納付に応じることを併せて誓約いたします。

平成 年 月 日

損害賠償支払義務者(未成年の場合は、親権者)

住所

氏名

㊞

兵庫県運輸業健康保険組合理事長 様

同意書

私が自動車事故で被った傷病により受けた健康保険法による保険給付は、健康保険法第 57 条の規定により、兵庫県運輸業健康保険組合が保険給付の価格の限度において、私が加害者に対して有する賠償請求権を取得することになります。

つきましては、兵庫県運輸業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ときは、兵庫県運輸業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。

平成 年 月 日

同意者（自賠償保険請求者）

住 所

氏 名

印

自賠償証明書番号（ ）

兵庫県運輸業健康保険組合理事長 様

事故発生状況報告書

(注)

- ① ()の事項は、おおよその数値を記載または該当するものを○印で囲んでください。
- ② 甲欄には、甲車の運手者氏名を記入してください。
- ③ 乙欄には、自賠責保険請求書に記載の“負傷または死亡された方の氏名”を記入してください。
- ④ この報告書は、自賠責損害調査事務所に送付します。また、保険金(損害賠償額)支払手続上必要と認められる場合には、事故の相手方に送付することがあります。

甲	氏名		乙	氏名	
(相手・第三者)			(受診者)		運転・同乗 同乗(甲車、甲車以外の車) 歩行・その他
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
道路状況	舗装 してある していない	歩道(両・片)	ある ない	直線・カーブ	
	平坦・坂	見通し	良い 悪い	積雪路・凍結路	
信号または標識	信号 ある ない	自車側信号(青・赤)	一時停止標識	自車側 (ある・なし)	
	駐停車禁止	されている されていない	その他の標識 ()	相手側 (ある・なし)	
速度	甲車両 km/h(制限速度 km/h)	乙車両 km/h(制限速度 km/h)			
事故現場に於ける自動車と被害者との状況を図示してください	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください)				
				甲車 (相手車)	▲
				甲以外の車 (自車)	□
				進行方向	↑
				信号機	000
				一時停止	▽
				一方通行	→
				人	人
				オートバイ	人
				自転車	人
	上記図の 説明を書				

別紙交通事故証明に補足して、上記のとおり報告いたします。

平成 年 月 日

報告者 甲との関係()

乙との関係() 氏名

診 断 書

カルテ番号

住所
 傷病者 氏名 男・女 明・大・昭・平 年 月 日生

傷 病 名	治 療 開 始 日	治ゆまたは治ゆ見込日 (注1)
	年 月 日	年 月 日 治ゆ見込
	年 月 日	年 月 日 治ゆ見込
	年 月 日	年 月 日 治ゆ見込
	年 月 日	年 月 日 治ゆ見込

(注2) (注1)
 既に治ゆした傷病については治ゆ日を、また、現時点で治療継続中の傷病については治ゆ見込み日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んで下さい。
 当該交通事故による傷害の治療上考慮しなければならぬ既往症がある場合は()内に記載して下さい。また既存障害がある場合も記載して下さい。

症状の経過・治療の内容および今後の見通し (受傷日 年 月 日)
 (手術のある場合は実施日をご記入下さい)

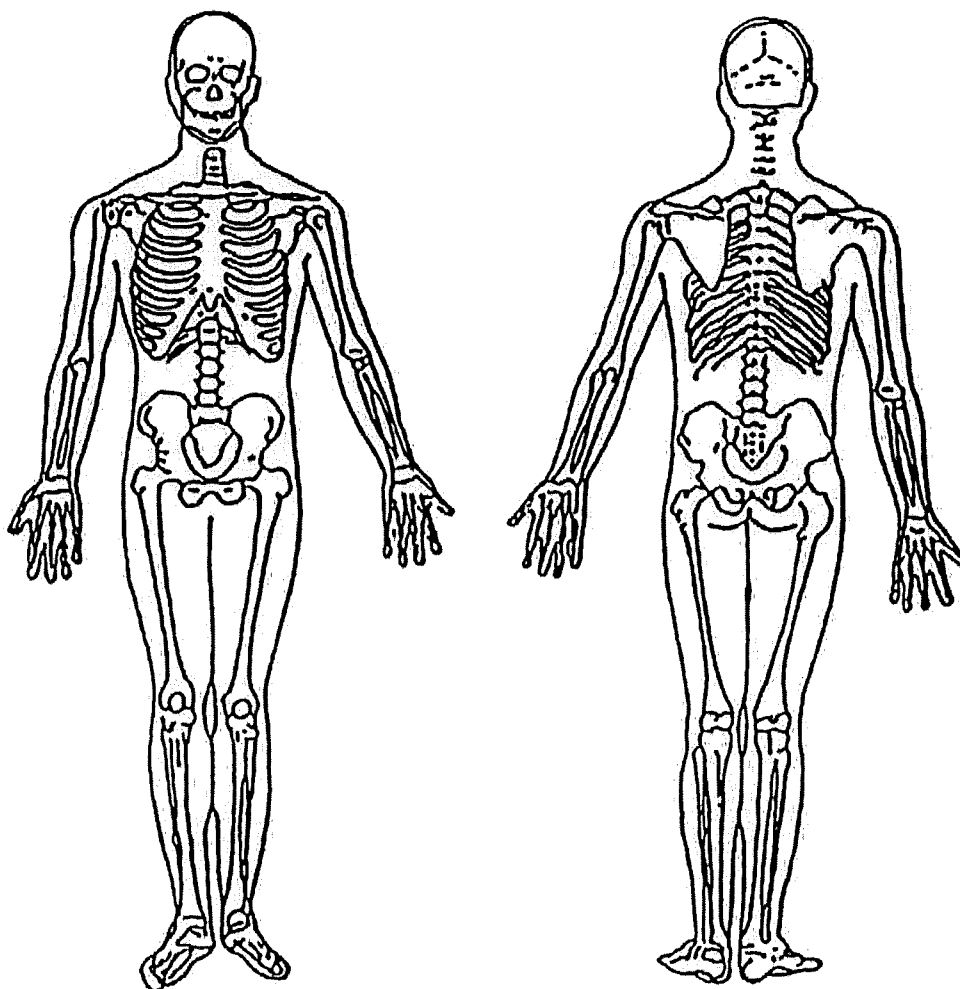
主たる検査所見

初診時の意識障害	なし・あり(程度) 継続期間 日 時間
既往症および既存障害	なし・あり(注2) ()
後遺障害の有無について	なし・あり・未定

入院治療	日間 自 年 月 日・至 年 月 日	(診断日) 年 月 日 治ゆ 継続 転医 中止 死亡
通院治療	日間(内実日数 日) 自 年 月 日・至 年 月 日	
ギプス固定期間	固定 除去 固定具の種類 自 年 月 日・至 年 月 日()	
付添看護を要した期間	日間 自 年 月 日・至 年 月 日	理由

上記の通り診断致します 所在地 (作成日) 年 月 日 名称 医師氏名 TEL. ()





(受傷部位を図示して下さい)

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（損害保険会社ならびに自賠責損害調査事務所に備付けてあります。）をご作成願います。

この診断書は自動車損害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下さい。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。