

健康保険第三者の行為による傷害届

(本人・家族)

令和 年 月 日

被 保 険 者	記 号		氏 名		
	番 号		住 所		
	勤務先・所属	事業所・部署	TEL () -		
事 故 該 当 者	被保険者(本人)の場合	氏 名		生年月日 昭・平・令 年 月 日	
	被扶養者(家族)の場合	氏 名		続 柄	
		職 業		生年月日 昭・平・令 年 月 日	
事 故 相 手	事 故 相 手	氏 名		生年月日 昭・平・令 年 月 日	
		住 所	TEL () -		
	事故相手の勤務先	名 称			
		住 所	TEL () -		
	加害者が不明の場合 (その理由)				
事 故 内 容	傷 病 名				
	事故発生日時	令和 年 月 日	午前・午後	時 分頃	
	事故発生場所				
	事故の概要				
	種 別	自動車・単車・自転車・歩行・殴打・刺傷・その他()			
	警察官の立会	あった・ない・ないが届け出済	未届の場合 (理由)		
	所 轄 署	警察署 派出所	物損状況		
	過失の度合 (わかる範囲で)	自分なんぶ→	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		
相手なんぶ→		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10			

提出書類

- ① 健康保険第三者の行為による傷害届 (その1)
- ② 事故相手先の自賠責保険等の内容について (その2)
- ③ 事故発生状況報告書 (その3)
- ④ 念書兼同意書 (その4)
- ⑤ 誓約書 (その5)
- ⑥ 交通事故証明書
- ⑦ 診断書 (写し可)

※ 示談の場合は示談書の写を提出してください。

常務理事	事務長		担当者

1. (事故相手方) の 自動車損害賠償保険契約等の内容について

保険の種類		自 賠 責 保 険	任 意 保 険
契約内容			
自動車保険証明番号			
保 険 会 社 名			
保 険 契 約 者	住 所		
	氏 名		
自 動 車	種 別		
	登録(車両)番号		
	車 台 番 号		
保 険 契 約 期 間		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 () 年間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 () 年間
車両の所有者	住 所		
	氏 名		
損害賠償金支払 請求先 店名	所在地	〒 -	〒 -
	名称及び 担当課名		
	担当者名		
	電 話	() -	() -

事故発生状況報告書

当事者	甲（事故相手）	氏名			
		TEL () -			
乙（被保険者又は被扶養者）		氏名			運転・同乗
		TEL () -			歩行・その他
天候		晴・雲・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗
道路状況		舗装 [してある・してない] 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			
信号又は標識		信号 [ある・ない] 駐停車禁止 [されている・されていない] その他標識			
速度		甲車両 Km/h (制限速度 Km/h) 乙車両 Km/h (制限速度 Km/h)			
事故現場における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)				
	<div style="float: right; text-align: right;"> 自車  相手車  進行方向  信号  一時停止  人間  自転車 }  オートバイ }  接触点 × </div>				
事故発生の状況	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>				
示談状況	示談は [済んだ・済んでいない]				

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。

令和 年 月 日

報告者（被保険者）

印

乙との関係 ()

念 書 兼 同 意 書

令和 年 月 日 (場 所) において、
 (加害者名) の不法行為により (被害者名)
 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条の規定によって関西テレビ放送健康保険組合が
 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、勝手に行わずに、必ず前もって貴職に
 その内容を申し出ること。
2. 自賠責保険に被害者請求をする場合には、勝手に行わずに、必ず前もって貴
 職にその内容を申し出ること。
3. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
4. 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、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
5. 当該事故にかかる傷病が治癒したときは、速やかに貴職に届け出ること。
6. 上記のほか、健康保険組合が行う代位取得求償権の行使について協力すること。

私は次の項目に同意致します。

健康保険組合が損害賠償請求を行う際に、私の傷病に関する診療報酬明細書等の(写)
 を損害保険会社へ提供すること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

関西テレビ放送健康保険組合 御中

誓約書

令和 年 月 日 時 分頃（事故発生場所） に
おいて発生した事故のため貴健康保険組合の乙（被保険者・被扶養者） _____氏が
受けた保険給付（医療給付）は、私の不法行為（交通事故）に基づくものですので、次の
事項を遵守することを書面をもって誓約いたします。

上記の交通事故にかかる療養取扱機関での（乙）の治療費について、関西テレビ放送健康
保険組合において立替払いされていますので、自動車損害賠償責任保険の支払いの際には
関西テレビ放送健康保険組合の立替払い相当額を、関西テレビ放送健康保険組合へ優先支
払されることを承諾いたします。また、下記条項によりお支払い致します。

記

1. （支払方法）

2. （支払期日）

令和 年 月 日

住 所

甲

氏 名

印

関西テレビ放送健康保険組合 御中