

常務理事	事務長	会計	担当者	台帳照合

健康保険

第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その1)

被害者・加害者関係	被保険者証	記号 700	氏名 (フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太朗	東京都渋谷区神南1-1 TEL (03) 5786-0000		
	記号と番号	第7000号	現住所			
	被保険者が勤務している事業所	名称 〇〇〇株式会社	所在地 〒100-0004 東京都千代田区大手町1-2-4	TEL (03) 3287-0556		
	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 令 〇〇年 7月 1日	
		現住所	××県××市××町1-1			TEL (03) 5786-0000
	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		
所在地又は住所		××県××市××町100			TEL (03) 5786-0000	
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	平成 令和 ××年 ××月 ××日 午前・午後 ××時××分頃		
	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 殺傷 その他 () 自転車				
	事故結果	即死・入院直後の死亡 入院中の死亡 (死亡 年 月 日)			治療	
	警察官の立会	あった ない・ないが届出済・わからない				
	所轄署	〇〇〇 警察署		〇〇〇 派出所		
	過失の度合	自分がなんぶ 0 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		相手がなんぶ 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		

○ 該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

この届に添えて提出する書類	自のとき車は事故	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および死亡診断書
		5 示談をしているときは示談書の写

受付日付印

事 故 発 生 の 状 況	<p>加害者の行為によって生じた事故について加害者の行動及び被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入してください。</p>
	<p>交差点で信号待ちをしていたところ、後ろからきた加害者の車が止まりきれずに追突された。</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
事 故 現 場 の 見 取 図	<p>事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示して下さい。</p>

○ 自動車事故であって「事故発生状況報告書」を、この届に添えて提出するときは、この頁に記入する必要はありません。

加害者の加入状況	責任保険加入の有無	ある <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	保険契約期間	自平成・令和××年6月1日 至平成・令和××年5月31日	
	保険加入証明 記号番号	第1111号	契約者 氏名	加害 一郎	
	契約保険会社	名称	〇〇〇〇損害保険株式会社		
		所在地	××県××市××町3 TEL (333) 333-3333		
示談状況	示談が成立	交渉中 <input checked="" type="checkbox"/>	平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日 現在	請求権を放棄した 平成・令和 年 月 日	
	平成・令和 年 月 日	成立していない	放棄した理由		
		示談が成立していない理由			
損害賠償の請求および支払状況	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は	した(請求者名) <input checked="" type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 請求中			
	加害者に対する損害賠償の請求	<input checked="" type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> した	平成・令和 年 月 日 口頭・文書	治療費 円 休業補償 円 その他 円	
	損害賠償の種類	加害者直接賠償・保険会社からの賠償			
	賠償金の内訳	治療費 (入院費を含む)			円
		休業補償費	自平成・令和 年 月 日1日につき 日分 至平成・令和 年 月 日 計	円 円	
		葬祭費			円
		慰謝料			円
		見舞金			円
		障害補償費			円
		その他			円
	合計			円	
受領方法 および年月日	全額	平成・令和 年 月 日 受領			
	分割 () 回払	第1回	円 年 月 日受領		
		第2回	円 年 月 日受領		
第3回		円 年 月 日受領			

治療状況をうけたとき	この事故で医師の治療を受けましたか		受けた・うけない	
	医療機関	名称	〇〇〇総合病院	
		所在地	千代田区〇〇3-7 TEL (03) 5777-0000	
	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他 ()		
	治療開始	平成・令和 〇〇年 3月 1日 入院 通院		
	転帰	(平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日 現在) 現在入院中 通院加療中・治療中止		
	入院治療期間	入院 自 平成・令和 年 月 日 ～ 至 平成・令和 年 月 日 通院 自 平成・令和 年 月 日 ～ 至 平成・令和 年 月 日		
	後遺症	ある・ある見込・ない ない見込		
治療見込	平成 令和 〇〇年 3月 1日から約 2月 ぐらい			



この欄は記入する必要がありません

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 _____ 日 至 _____ 日		
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 _____ 日 至 _____ 日		
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

念書

(事故年月日)

(事故発生場所)

平成 令和 ××年××月 ××日 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇交差点 において、

(相手方)

(被保険者・被扶養者)

加害 一郎 の不法行為により 健康 太朗 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（損害賠償請求権の代位取得）の規定によって、SMB Cコンシューマーファイナンス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。

また、貴組合が保険給付の価額の限度において求償権を行使する場合、診療報酬明細書（レセプト）等の写しを保険会社を含む加害者側に提供することに同意します。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 保険会社を含む加害者側と示談を行う場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
2. 保険会社を含む加害者側に白紙委任状を渡さないこと。
3. 保険会社を含む加害者側から金品の交付を受けた時は、受領年月日・内容・金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴組合に届出ること。
4. 自賠責保険に賠償請求する場合には、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。

SMB Cコンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿

令和 ××年××月 ××日

住所 東京都渋谷区神南1-1

氏名 健康 太朗

健康印