

# 負傷届（第三者行為等）

被 保 険 者	健康保険 記号／番号		／		被保険者氏名				
	勤務先名称		勤務先所在地						
負 傷 者	負傷者の 現住所	〒			連絡先				
	負傷者 氏名	(フリガナ)		負傷者の 生年月日	年 月 日生	被保険者 との続柄			
負 傷 事 故 の 発 生 状 況	発生年月日	年 月 日 ( 曜日)		午前・午後		時	分頃		
	発生場所				発生時は 工作中・出社途中・退社途中・私用中				
	①何のために(目的)	①							
	②どこからどこへ行くとき	②							
	③どこで(場所)	③							
④何をしていた(原因)	④								
⑤どうなったか(内容) ※具体的に記入して下さい。	⑤								
通 勤 災 害 の 状 況	※通勤災害の状況欄は通勤途上で負傷された方のみ、以下にご記入下さい。								
	通常の通勤の経路、 方法及び所要時間		自宅 - ( ) - ( ) - ( ) - ( ) - 会社 (通常の通勤所要時間 時間 分)						
	労働保険 適用有無	有 無	有の場合 労働保険番号	府県	所轄	管轄	基幹番号		枝番
	事 故 発 生 日	就業場所	名称	所在地					
	就業開始時刻	午前 午後	時	分頃	就業終了時刻	午前 午後	時	分頃	
	自宅を出た時刻	午前 午後	時	分頃	会社を出た時刻	午前 午後	時	分頃	
受 診 先	医療機関名		所在地		治療期間		治療費の支払方法		
	電話				入院 . . . ~ . . .	健保・自費・自賠			
					外来 . . . ~ . . .	その他 ( )			
	医療機関名		所在地		治療期間		治療費の支払方法		
電話				入院 . . . ~ . . .	健保・自費・自賠				
				外来 . . . ~ . . .	その他 ( )				

相 手 方 (加 害 者) の 状 況	加害者氏名		男 女	生年月日	年 月 日	職業		
	現住所	〒 - 電話 ( ) -						
	勤務先名称		所在地	〒 - 電話 ( ) -				
	相手方(加害者)が不明のときはその理由							
警 察 へ の 届 出 状 況	届出済 → 警察署 ※事故証明書を添付して下さい。							
	届出無 → (その具体的理由)							
自 動 車 事 故 の 時 に (相 手 方 の 車 両 に つ い て)	自動車保有者	氏名		加害者との関係	本人・その他			
		住所	〒 - 電話 ( ) -					
	保険契約者	氏名		加害者との関係	本人・その他			
		住所	〒 - 電話 ( ) -					
	加害者の 自動車	区分 (車種)		登録番号又 は車両番号		車台 番号		
	自 賠 責 保 険	保険会社名称		契約期間	自	年 月 日	至	年 月 日
		保険会社所在地	〒 - 電話 ( ) -		証明書番号			
	任 意 保 険	保険会社名称		契約期間	自	年 月 日	至	年 月 日
		保険会社所在地	〒 - 電話 ( ) -		証明書番号			
		担当者連絡先	部署	氏名	電話 ( ) -			
損 害 賠 償 (示 談) の 状 況	賠償請求				賠償受領			
	種別	期間	日数	金額	受領日	金額	期間	備考
	医療費							
	休業補償							
	慰謝料							
	合計							
	示談成立	年 月 日に成立 ※示談成立の時は示談書の写しを添付して下さい。						
示談成立なし	年 月 日現在 成立なし・交渉中・その他 ( )							

※交通事故の場合、「事故発生状況報告書」「交通事故証明書」「同意書」「念書」の添付が必要です。その他に必要な書類の提出をお願いする場合があります。

# 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○で囲んで下さい。
- ② 甲欄には、甲車運転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”を記入して下さい。

甲	氏名	乙	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)
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 (有り、無し)		一時停止標識 (有り、無し)	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	

上記図の 説明を 書いて下さい。	
------------------------	--

別紙交通事故証明書に補足して、上記のとおり報告いたします。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ( )  
 乙との関係 ( )

氏名 \_\_\_\_\_

# 念書

年 月 日 場所: において、

加害者: の不法行為により 被害者: 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 条の規定によって東淀川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。

また、あわせて以下の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行う時は、必ず事前に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）をもなく、かつ遅延なく貴職に届け出ること。
4. 被害者請求を行う時は、必ず事前に貴職にその内容を申し出ること。

令和 年 月 日

住所 〒

被保険者 ㊦ 被扶養者 ㊦

※被扶養者が被った事故である時は、連名で記入して下さい。

東淀川健康保険組合 理事長 殿

# 誓約書

加害者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

被害者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

事故発生日時 平成 \_\_\_\_\_  
令和 年 月 日 午前・午後 時 分 頃

事故発生場所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

事故状況 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

上記の事故により、貴健康保険組合被保険者(被害者)の被った負傷について、健康保険法による保険給付を為した時は、その保険給付費について請求があれば直ちに支払いすることを誓約いたします。

なお、支払人(加害者)が返済しない場合、または返済不能あるいはこれと同様とみなされた場合は連帯保証人がその返済責任を負い返済義務を履行することを約します。

令和 年 月 日

住所  
電話番号  
支払人(加害者) 氏名 ⑩  
生年月日 年 月 日生

住所  
電話番号  
連帯保証人(加害者側) 氏名 ⑩  
生年月日 年 月 日生

# 同意書

年 月 日に発生した第三者行為(交通事故等)について、受診医療機関及び加害者加入の損害保険会社に対し、東淀川健康保険組合が求償に必要な傷病の状態及び事故調査関係資料等について調査されること、また東淀川健康保険組合が加害者加入の損害保険会社に対し、診療報酬明細書(写)を提出することに異議なく、本書をもって同意いたします。

令和 年 月 日

住所 〒

被保険者  被扶養者

※被扶養者が被った事故である時は、連名で記入して下さい。

東淀川健康保険組合 理事長 殿