

第三者の行為による傷病届 (交通事故)

申請書番号		事業所名	○×△□ (株)		
所属	○○部○○課		連絡先電話番号	8-00-0000	
被保険者証記号・番号	333-9999		氏名	三菱 太郎 印	
事故該当者	三菱 太郎		生年月日	昭和45年1月2日	続柄 本人

捺印願います

第 三 者 (相手方) 関 係					
氏名	健保 次郎 (30 才)		勤務先	名称 健保工業(株)	
住所	○○県○○市○○町1-1-1 TEL 027-111-2222		所在地	○○県○○市○△町2-1-4	
第三者(相手方)の氏名や住所が不明のときはその理由					
自賠償保険			任意保険(対人)		
保険契約者	健保 次郎		保険契約者	健保 次郎	
自動車等種別	普通乗用車		自動車等種別	普通乗用車	
登録(車両)番号	××300 と 1111		登録(車両)番号	××300 と 1111	
車台番号	1J2-012345		契約金額(対人)	対人無制限	
証明書番号	M1V123456		証明書番号	987654321	
損害賠償金支払請求先店名	所在地	〒 123-4568 ○○県○○市○△町3-1		所在地	〒 123-4567 ○○県○○市×□町1-5
	名称	○△□保険(株) ○×支店		名称	×○□保険(株) ×□支店
	担当者名	損保 一郎		担当者名	賠償 二郎
	電話番号	027-333-4444		電話番号	027-333-5678
事 故 内 容 (警察の立会いがあった場合は交通事故証明書を必ず添付してください)					
発生日時	20年4月21日(月) 15時00分頃		発生場所	○○県○○市○△町交差点	
(事故発生当時の行動の詳細)			過失の度合(わかる範囲で)		
バイクで友人宅に遊びに行く途中に、急に左折をしてきた乗用車に接触して転倒			自分が何割	0. 1 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10	
			相手が何割	0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9 . 10	
所轄署	○△ 署	未届の場合はその理由			
治療を受けた場合	治療開始日	20年 4 月 21 日		治療終了見込(または終了日)	20年 10 月 31 日 治療終了見込 治療終了
	現在までの治療費の支払方法	全額自己負担 ・ 全額相手方負担 ・ 健康保険および自己負担 健康保険および相手方負担 ・ その他()			
	医療機関(名称・電話番号)	○△□病院 TEL 027-999-9999			

本人記入欄を記入願います

組合記入欄	摘要	常務理事	事務長	係	

- 注意： 1.事故の発生したときは出来るだけ早くこの届を提出する。
 2.単独で示談等に応じてはならない。
 3.警察の立会いがあった場合は本届出に交通事故証明書を必ず添付して下さい。

三菱重工健康保険組合理事長 殿

誓 約 書

被 害 者

住 所 〇〇県〇〇市〇×町 1-23

氏 名 三菱 太郎

電話番号 027-111-2222

印

捺印願います

H20 年 4 月 21 日 15 時 00 分頃 〇〇県〇〇市△〇町 交差点

において発生した交通事故（第三者行為）にかかわる上記被害者 **三菱 太郎** に関する診療ならびに療養に要する費用について、貴健康保険組合による立替払を行って下さるようお願いいたします。

尚、貴組合が被害者ならびに医療機関に立替払を行われた費用について請求のあったときは、指定納付期限までに私が責任をもって貴組合にお支払することを確約致します。また、被害者に対して誠意ある示談解決に努力することをお約束し、念のためここに署名捺印し誓約書とします。

H20 年 5 月 21 日

加 害 者

住 所 〇〇県〇〇市〇〇町 1-1-1

氏 名 健保 次郎

電話番号 045-111-2222

印

捺印願います

連帯保証人

住 所 〇〇県〇〇市×〇町 1-5

氏 名 ×〇〇保険(株) 賠償 次郎

電話番号 027-333-5678

印

三菱重工健康保険組合理事長 殿

念 書

今般 **健保 次郎** 殿との間に発生した交通事故（**H20**年 **4** 月 **21** 日）について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、健康保険法第57条の規程に基づき私が加害者に対して有する損害賠償請求権を健康保険組合が給付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申し立て、次の事項を遵守することを誓約致します。

1. 治癒(治療完了)後は、必ず健康保険組合に連絡する。
2. 加害者と示談を行う場合は、必ず前もって健康保険組合にその内容を申し出る
3. 自賠責(強制)保険に被害者請求する場合は、必ず前もって健康保険組合にその内容を申し出る
4. 加害者に白紙委任状を渡さない
5. 加害者側から金品(自動車損害賠償保険の保険金受領含む)を受けたときは、受領年月日・内容・金額(評価額)等もれなく、かつ遅滞なく健康保険組合に届け出る

尚、上記の誓約事項を遵守せず健康保険組合に不測の損害を与えた場合は、その損害については健康保険組合のご請求に応じて異議なくお支払いします。

H20 年 **5** 月 **21** 日

被保険者

住 所 **〇〇県〇〇市×町 1-23**

氏 名 **三菱 太郎**

電話番号 **027-111-2222**

印

捺印願います

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 (甲車の運転者)	氏名	健保 次郎	乙 (被害者)	氏名	三菱 太郎	運転 同乗 (甲車・甲車以外の車) 歩行・その他
速度	甲車 20 km/h (制限速度 40 km/h)、甲車以外の車 20 km/h (制限速度 40 km/h)					
事故現場における自動車と被害者との状況を図示して下さい	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入してください)					
上記図の説明を書いてください	バイクで直進走行中に、直進していた甲者の乗用車が急に左折をしてきて、乗用車の側面に衝突し転倒					

甲車以外の車について判明している場合、ご記入下さい。

自動車の番号		運転者	氏名	電話	—	—
保有者	〒 住所		氏名	電話	—	—

H20 年 5 月 21 日

報告者 甲との関係 () 氏名 三菱 太郎
 乙との関係 (本人)

捺印願います
 印

三菱重工健康保険組合理事長 殿

同 意 書

事故日	H20 年 4 月 21 日	発生場所	□〇市△〇町交差点
被害者名	三菱 太郎	加害者名	健保 次郎

上記事故に関する個人情報の取扱いにつき、三菱重工健康保険組合が下記事項を行うことに同意いたします。

1. 貴組合が、支払請求を加害者（もしくは加害者が加入する損害保険会社等）へ行う際、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
2. 貴組合が、医療機関へ診療状況等の照会を行い、医療機関からその照会内容について情報提供を受けること
3. 貴組合が、私が加害者（もしくは加害者が加入する損害保険会社等）より受領した治療費の受領金額及びその内訳等の各種情報についての照会を行い、その照会内容について情報提供を受けること

また、本紙の写しについても有効であると認めます。

H20 年 5 月 21 日

住所

〇〇県〇〇市×町 1-23

被保険者名

三菱 太郎

印

捺印願います