

第三者行為による傷病届

組合名:協和キリン健康保険組合

(その1)

被害者	被保険者	記号	フリガナ		
		番号	氏名	昭・平 年 月 日生 (才)	
	現住所	〒 ー TEL ()			
	被保険者の勤務先	事業所名	TEL ()		
	被扶養者が被害者であるとき	フリガナ			続柄
氏名				昭・平・令 年 月 日生 (才)	
現住所		〒 ー TEL ()			

事故相手	加害者	フリガナ		
		氏名	昭・平 年 月 日生 (才)	
		現住所	〒 ー TEL ()	
加害者の住所氏名が不明の場合その理由				

事故の内容	事故発生日・場所	事故日時	平・令 年 月 日 ()		午前 午後 時 分頃	
		場所				
	事故発生時の状況	被保険者又は被扶養者	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外 ()			
		加害者(事故相手)	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外 ()			
	所轄警察署	警察に届出済 (*) ・届出なし・不明		名称	警察署	

示談状況	示談は成立していますか	成立している		平・令 年 月 日	成立
		成立していない・交渉中		平・令 年 月 日	現在
	成立していない場合はその理由				
請求権を放棄した場合	平・令 年 月 日	理由			

※ この届には次の書類を添付してください。

- ①事故発生状況報告書
- ②同意書
- ③事故証明書の原本 又は(写)

* 物損事故で処理した場合、別途「人身事故証明入手不能理由書」の提出を求める場合があります。

受付印

(その2)

組合名:協和キリン健康保険組合

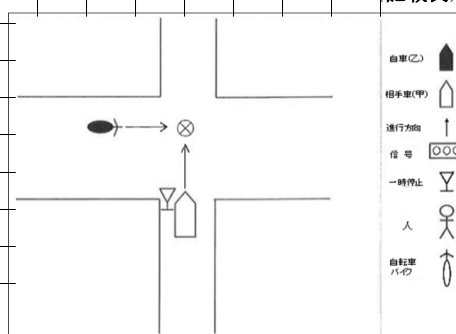
加害者（相手方）の賠償保険加入状況	自動車保険	自賠責保険	保険会社名			担当者		
			所在地	〒 ー TEL ()				
			登録番号			車台番号		
			契約期間	年 月 日 ～ 年 月 日		フリガナ		
			証明書番号			契約者		
		任意保険	保険会社名			担当者		
			所在地	〒 ー TEL ()				
			契約期間	年 月 日 ～ 年 月 日		任意一括 *注	有 ・ 無	
			証明書番号					
	個人賠償責任保険等	保険会社名			担当者			
		所在地	〒 ー TEL ()					
		契約期間	年 月 日 ～ 年 月 日		フリガナ			
		証明書番号			契約者			
被害者の人身傷害保険		加入の有無	保険会社名		担当者			
		有 ・ 無						

*注 任意一括とは、自賠責保険を含めて任意保険会社が一括して対応している場合です。

治療状況	診療機関名／ 治療開始日／ 電話番号	診療機関名	治療開始日	平・令	年 月 日
	所在地	〒 ー 入院の有無 (有 ・ 無) TEL ()			
	診療機関名／ 治療開始日／ 電話番号	診療機関名	治療開始日	平・令	年 月 日
	所在地	〒 ー 入院の有無 (有 ・ 無) TEL ()			
	治療費の支払い方法		健康保険・被害者負担・加害者負担(自賠責支払)・その他()		

損害賠償	相手方に対する損害賠償の請求状況	すでに請求済 ・ 現在のところ未請求
	相手方からの損害賠償金等の受領状況	受領済 ・ 受領していない

事故発生状況報告書

甲（相手・ 加害者の運転者）		氏名		乙（被害者 被保険者・ 被扶養者）	氏名		運転・同乗・歩行・ その他（甲車以外の車）	
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		道路状況	直線・カーブ・ 積雪路・凍結路・濃霧	
	傾斜	平坦・坂	見通し	良い・悪い				
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	km/h （制限速度 km/h)		甲車以外の車	km/h （制限速度 km/h)			
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）							
							(記載例)	
								
上記図の説明								

別紙交通事故証明に補足して上記の通りご報告いたします。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 () 氏 名
乙との関係 ()

印

念書 兼 同意書

事故発生日	令和	年	月	日
事故発生場所				
被害者名				
加害者名				

- 上記の事故に関して、健康保険法による保険給付を請求するにあたり以下の事項を遵守することを誓約します。
 - 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
 - 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 上記の事故に関して、私が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、健康保険組合が給付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ついて異議はありません。
- 上記の事故に関して私の個人情報及びこの念書兼同意書の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む）、診断書等）について保険会社等から提供を受けること。
 - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項（診療報酬明細書の写し等）について、保険会社等に対して提供すること。
 - この念書兼同意書をもって上記の事故による求償業務に関する事項を健康保険組合へ情報提供する保険会社等への同意を含むこと。
 - この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

令和 年 月 日

被保険者

住 所

氏 名

㊞

電話番号

被扶養者

住 所

氏 名

㊞

電話番号

令和 年 月 日

治療終了報告書

協和キリン健康保険組合 殿

住 所

* 氏 名

印

*氏名欄の押印は、被保険者が自署した場合は不要です。

下記の通り、第三者から負った傷病について治療が終了しましたのでご報告致します。

記

1. 事故発生年月日

2. 事故発生場所

3. 被 害 者

4. 加 害 者

5. 治療終了年月日

令和 年 月 日

※ なお、加害者との示談につきましては未締結であることを合わせてご報告致します。

その他（「治療終了報告書」:症状固定または治療終了の際ご提出ください。）