

理事長	常務理事	事務長	係員

第三者の行為による傷病届

リーガル健康保険組合理事長 殿

届出日	令和 元 年 10 月 1 日			
被保険者証の	記号	〇〇	番号	〇〇〇〇
被保険者の氏名 (記入者)	健保 太郎			
連絡先電話番号	(047) ××× - ××××			

この届書は、第三者の行為によって被保険者または被扶養者が傷病を被った場合に提出するものです。健康保険組合は、この届によって医療費などに支出した金額を加害者や保険会社に対して損害賠償の請求を行うこととなりますので、必要事項を記載して下記の書類を必ず添付したうえ、健康保険組合に提出して下さい。

【記入上の注意】

記入は、黒のボールペンでお願いします。

訂正は、書き損じた部分を二重線で抹消して訂正印を押し、その上に正しい字句を書いてください。修正液や修正テープは使用しないでください。

労災（業務上や通勤途上の事故）に該当する場合は、健康保険での給付は受けられません。当該事由で健康保険証を使用した場合は、かかった治療費を返納していただくことになります。

あなたの過失が大きい場合は、『加害者』を『相手方』と読み替えて記入してください（あなたに非がある場合でも被保険者側は『被害者』の欄に、相手方は『加害者』の欄に記入してください。）。

加害者が不明の場合は、記入できる範囲で、また添付書類についても添付できる範囲でかまいません。

念書及び同意書については、必ず署名捺印をしてください。

この届に添えて提出する書類	①交通事故証明書（原本）・・・自動車安全運転センター発行のもの
	②自賠責保険証明書（写）・・・加害者の車に係るもの
	③事故発生状況報告書・・・別添1
	④念書及び同意書・・・別添2
	⑤（示談が成立しているときは）・示談書（写）
	⑥（被害者が死亡した場合は）・・・戸籍謄本及び死亡診断書（写）

あなたの過失が大きい場合は、『加害者』を『相手方』と読み替えて記入してください。
あなたに非がある場合でも被保険者側は『被害者』の欄に、相手方は『加害者』の欄に記入してください。

被害者関係 (記入者側)	被保険者証の記号番号	記号 〇〇	被保険者の氏名と生年月日	(フリガナ) ケンボウ タロウ 健保 太郎 (健保印) 昭和・平成 3 年 2 月 10 日生	
	被保険者の住所	〒 279 - 0013 千葉県浦安市日の出〇-〇-〇	TEL (047) × × × - × × × ×		
	事業所名	(株)リーガル〇〇	TEL (047) 304 - × × × × 営業所・店		
	被害者の氏名	健保 花子	被保険者との続柄	本人 ・ (妻)	
加害者関係 (相手方)	加害者の氏名	加害 一郎	加害者の生年月日	昭和・平成 2 年 7 月 15 日生	
	加害者の住所	〒 × × × - × × × × 千葉県□□市△△町〇-〇-〇	TEL (× × ×) × × × - × × × ×		
	加害者の勤務先	(名称) △△商事(株) (所在地) 千葉県千葉市□□区△△〇-〇-〇	TEL (× × ×) × × × - × × × ×		
	加害者不明のときはその理由				
事故内容	傷病名	右手手首骨折・左大腿部打撲 四肢挫創	事故発生日時	令和 元 年 8 月 5 日 午前 午後 14 時 30 分頃	
	発生場所	千葉県浦安市〇〇交差点			
	種別	交通事故 (自動車・バイク・自転車・徒歩) ・殴打刺傷・他 ()			
	事故の経過	即死・事故後入院中又は療養中に死亡 (月 日死亡) ・加療			
	警察への届出	届出済 (浦安 警察署) ・未届 (理由)			
	過失の度合	(自分 ・ 相手) の過失が (10・9・8・7・6・5) 割だと思う。			
治療を受けた医療機関	①	名称	〇〇大学付属〇〇病院	入院 8 月 5 日から 8 月 6 日まで	保険証使用・加害者負担・ 保険会社負担・自費診療・ 他 ()
		所在地	千葉県浦安市舞浜 △-△-△	外来 8 月 7 日から 9 月 10 日まで	
	②	名称	□□整形外科	入院 月 日から 月 日まで	保険証使用・加害者負担・ 保険会社負担・自費診療・ 他 ()
		所在地	千葉県浦安市日の出 x-x-x	外来 9 月 17 日から 月 日まで	
	③	名称		入院 月 日から 月 日まで	保険証使用・加害者負担・ 保険会社負担・自費診療・ 他 ()
所在地		外来 月 日から 月 日まで			
療養の状況	治癒 ・ 加療中 ・ 中止 (令和 年 月 日現在)				

あなたの過失が大きい場合は、『加害者』を『相手方』と読み替えて記入してください。
あなたに非がある場合でも被保険者側は『被害者』の欄に、相手方は『加害者』の欄に記入してください。

交通事故の場合、加害者（相手方）の被保険者等が記入するところ	自賠責保険 証明書番号	A B 1 2 3 4 5		自動車登録 番号	千葉〇〇〇あ〇〇〇〇		
	自賠責保険 会社の名称	〇〇損害保険(株)		車台番号	C 1 2 D - 0 0 3 4 5 6 7		
	保険会社の 所在地	〒 × × × - × × × × 千葉県千葉市△△区〇〇〇-〇-〇		TEL (× × ×) × × × - × × × ×			
	保険期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日から 令和 〇 年 〇 月 〇 日まで					
	保険契約者 の氏名	加害 一郎		保険契約者 の住所	千葉県〇〇市△△町〇-〇-〇		
	損害賠償金 支払請求店	名称	△△自動車保険(株)				
		所在地	〒 × × × - × × × × 千葉県△△市××町〇-〇-〇				
		担当部署及 担当者名	千葉支店 〇〇	電話番号	(× × ×) × × × - × × × ×		
	示談の状況 (当てはまるものに○をつけて下さい)	ア・示談成立 (令和 年 月 日付) ※示談書 (写) を添付 イ・示談交渉中 (令和 年 月 日現在) ウ・示談未成立 (理由 現在も治療中のため) エ・請求権を放棄 (令和 年 月 日付) (放棄した理由)					
	損害賠償の請求と受領の状況	保険会社からの 損害賠償金について	受けた	受けない	請求中	請求者 () 請求日 (令和 年 月 日)	
加害者からの 損害賠償金について		受けた	受けない	請求中	請求者 () 請求日 (令和 年 月 日)		
賠償金額と受領日		円を令和 年 月 日に受領した。					
被害者が損害賠償を受けたときは種類の欄に、 治療費 休業補償費 慰謝料 見舞金 葬祭費 など具体的に記入してください。		損害賠償の種類	賠償金支払元	受領日	金額		
			保険会社・加害者	年 月 日	円		
		保険会社・加害者	年 月 日	円			
		保険会社・加害者	年 月 日	円			

事故発生状況報告書

リーガル健康保険組合理事長 殿

甲 (加害者又は相手方)		氏名 加害 一郎		乙 (被害者又は記入者側)		氏名 健保 花子	
天候	晴 ・曇・雨・雪・霧	時間帯	明け方・ 昼間 ・夕方・夜間	交通状況	混雑 普通 ・閑散		
道路状況	舗装 : してある ・していない		歩道 : (両側に)・片側に ある ・ない				
	直線 ・曲線		勾配 平坦 ・坂道				
	見通し 良い ・悪い		路面 乾燥 ・水濡・積雪・凍結				
交通標識	信号 ある ・ない		駐車禁止 されている ・されていない				
	停車禁止 されている ・されていない		その他の標識等 : ()				
速度	甲 時速 km/h (制限速度 km/h)		乙 時速 km/h (制限速度 km/h)				
事故発生状況の略図	(道路幅は、mで記入してください。)						
	<p>The diagram shows a street layout with a central divider (中央分離帯) in the middle. On the right side, there is a crosswalk (横断歩道) with a pedestrian signal (歩行者信号) set to green (青). A red circle with an arrow points to the intersection of the crosswalk and the road. A legend on the right identifies symbols: '×' for accident site (事故現場), '●' for bicycle (自転車), '○' for other vehicle (相手車), '†' for pedestrian (人間), '↑' for direction of travel (進行方向), '□' for signal (信号), and '▽' for temporary stop (一時停止).</p>						
上記図の説明	乙が青信号で横断歩道を渡っていたところ、対向車の確認にとられ、						
	進行方向の横断者を確認せずに右折してきた甲の車両が接触、転倒した。						

別紙交通事故証明に補足して、上記のとおりご報告申し上げます。

令和 **元** 年 **10** 月 **1** 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 (**夫**)

健保 太郎



念書

リーガル健康保険組合理事長 殿

この届書に記載した保険事故について、健康保険法による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（健康保険法第57条の規定により政府が給付した価額の限度）をリーガル健康保険組合が取得し、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、あわせて下記の事項を遵守することを誓約いたします。

記

1. 自賠責保険及び任意保険等への請求に際し、貴健保組合から必要な添付書類等の提出を求められた場合は、遅滞なく提出すること。
2. 加害者と示談を行う場合には、必ず前もって貴健保組合にその内容を申し出ること。
3. 加害者側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）を漏れなく、且つ遅滞なく貴保険組合に届け出ること。

令和 元 年 10 月 1 日

住所 千葉県浦安市日の出〇-〇-〇

氏名 健保 太郎



以上

同意書

リーガル健康保険組合理事長 殿

この届書に記載した保険事故について、保険者が賠償金の支払請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書類に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について同意します。併せて、加害者の加入する損害保険会社等の保有する損害賠償に関する情報について保険者が提供を受けることについても同意します。

令和 元 年 10 月 1 日

住所 千葉県浦安市日の出〇-〇-〇

氏名 健保 太郎

