

送付年月日 平・令 年 月 日

記号番号 (—) 氏 名

被害者名

平・令 年 月 日

様

東海地区石油業健康保険組合

第三者の行為による被害届の提出について

このことについて、健康保険法施行規則第52条により下記（別添）の届出を至急提出して下さるようお願いいたします。

記

1. 第三者の行為による被害届
2. 事故発生状況報告書
(求償の際必要となりますので、もれのないようご記入ください)
3. 念書 (被保険者・被扶養者用)
4. 念書 (相手側用)
5. 相手側の自動車保険関係の状況書
6. 交通事故証明書 (必ず原本をご用意ください)

※事故の相手側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって当組合までその内容を申し出てください。

※どのような事故の場合(ご自身、ご家族の過失が大きいと思われる場合)でも、「被害者」欄にご自身、ご家族のお名前をご記入ください。

*この件について、ご不明な点がございましたら当健康保険組合へお尋ねください。

Tel 0 5 2 - 3 2 1 - 3 1 1 0 担当者 松田

1. 第三者の行為による被害届(※記入必須)

被保険者証の記号番号	※		被保険者氏名	※	
事業所名称	※		事業所住所	※	
負傷年月日及び時間	※ 平・令 年 月 日 午前 ・ 午後 時 分頃	職場の内容 (仕事及び職種)			
負傷の場所(住所)	※				
負傷の詳細	※ 丸で囲んでください。1. 出勤途中・帰宅途中 2. 会社内で 3. 休み時間内で 4. 会社の用務で 5. 休日で				
何の用務で何をしに行くとき、どうして負傷したか(くわしく)	※				
保険給付を受けた者の氏名	※		Tel	被扶養者の場合はその続柄	※
事故の相手方の氏名及び年令	※ (才)	事故の相手方の住所	※ Tel		
勤務先の名称	※		勤務先の住所	※ Tel	
※ 事故の相手に対して損害賠償請求の有無	有 ・ 無	第三者から受けた損害賠償の内容金額及びその年月日・示談を行った場合はその状況(示談書の写しを添付すること)		※	
自動車事故の場合相手方の自賠償保険の内容を記入(事故証明書参照)	自動車保有者の氏名又は会社名	※		住所	※ Tel
	保険契約者の氏名又は会社名	※		住所	※ Tel
	保険契約会社名称	※		保険証明書番号	※
	自動車の種別	※		車台番号	※
	登録番号 車 輛 番 号	※		事故届出警察署	※
診療を受けた医療機関名	※		初診年月日	平・令 年 月 日	
医療機関住所			健保・自費別	健 保	平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日
			診療機関	自 費	平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日

上記の通りお届けします。

平・令 年 月 日

住所 _____

被保険者 _____

東海地区石油業健康保険組合理事長 殿

氏名 _____ 印

2.

事故発生状況報告書

相手の自動車損害賠償 保険証明書番号		第 号		甲 (相手方)	氏名 (TEL)
自動車の番号				乙 (被害者)	氏名 (TEL)
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)	直線・カーブ	
		平坦・坂	見通し (良い・悪い)	積雪路・凍結路	
信号または標識		信号 (ある・ない)	駐車禁止 (されている・されていない)	その他標識	
速度		甲車両 km/h (制限速度 km/h)	乙車両 km/h (制限速度 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。)				
	<div style="text-align: right;"> </div>				
上記図の説明を記入して下さい。	<hr/> <hr/> <hr/>				

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。

年 月 日
報告者 (記入者) 氏名

甲との関係 ()
乙との関係 ()

3. (被保険者・被扶養者用)

念 書

平成・令和 年 月 日、(事故)の相手方()の行為により被保険者(被扶養者)()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、私が相手方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、貴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、また、貴健康保険組合が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式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、私が損害保険会社へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、貴健康保険組合は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社からその照会内容について情報提供受けることに同意します。

あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 事故の相手側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
2. 事故の相手方に白紙委任状を渡さないこと。
3. 事故の相手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、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
4. 治療が完了した場合には治療完了日を報告すること。

平・令 年 月 日

被保険者 住 所

氏 名 印

東海地区石油業健康保険組合理事長 殿

4. (相手方用)

念 書

平成・令和 年 月 日 (場所) 地
内において、私 (当事者甲) () と健康保険被保険者・被扶養者 (当
事者乙) () の間に発生した交通 () 事故による私の
与えた損害について当事者乙は健康保険法により保険給付を受けましたので、健
康保険法第57条の規定により求償されたときは、直ちにお支払いいたします。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 自動車損害賠償責任保険へ請求するときは、事前にその旨を報告すること。
2. 健康保険被保険者等と示談を行おうとする場合は、必ず前もって東海地区石油
業健康保険組合にその内容を届け出ること。

平・令 年 月 日

住 所

当事者甲

氏 名

印

住 所

連帯債務者

氏 名

印

東海地区石油業健康保険組合理事長 殿

5. 相手側の自動車保険関係の状況書

(注) 該当欄を○で囲んでください。

強制保険 (自動車損害賠償責任保険)	保有者と契約者との関係	本人・譲渡人・借受人・その他 ()	
	相手方運転者と保有者との関係	本人・従業員・親族・その他 ()	
	事故当事者間で 過失割合の協定の有無	あり ・ なし	該当があればその理由 分担割合・金額
相手方自動車の強制保険の期間 (自動車損害賠償責任保険)	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	月間	
任意保険	相手方自動車の任意保険	あり・なし	
	相手方自動車の保険会社名		
	相手方自動車の証明書番号		
	相手方自動車の保険期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	月間
一括 払 関係	住 所		
	会 社 名		
	担当者名	担 当	Tel