

健康保険 第三者の行為による傷病届

本人・家族

(平成 ○○年 ○○月 ○○日 現在)

被害者・加害者関係係	被保険者証の		記号	○○○○	番号	○○○○○	職種	総務	
	被保険者の	氏名	健保 太郎 健保						
		住所	〒000-0000 ○○県○○市○○町1-1			TEL	000(000)0000		
	勤務先の	名称	○○○○株式会社						
		所在地	〒111-1111 ○○県○○市○○町1			TEL	111(111)1111		
	負傷した者が被扶養者であるとき		氏名					被保険者との続柄	
	加害者の	氏名	加害 一郎	年齢	○○	才	職種	営業	
		現住所	〒333-3333 ××県××市××町1-1			TEL	333(333)3333		
	加害者の勤務先の	名称	××××株式会社			業種	食品メーカー		
		所在地	〒444-4444 ××県××市××町1			TEL	444(444)4444		
加害者が不明のときはその理由									
事故の状況	いつ	平成 ○○年 ○○月 ○○日 午前・後 ○○時 ○○分ごろ							
	どこで	○○県○○市○○町×× 交差点							
	どうしているとき	出張中 ・ 通勤途中 私用 ・ その他 ()							
	種別	自動車事故 ・ 殴打刺傷 ・ その他 ()							
	警察への届出	○○	警察署	○○	派出所へ届出				
示談状況	示談が成立の場合		平成	年	月	日	成立		
	示談が成立しない場合その理由								
	請求権放棄の場合	平成	年	月	日	理由			

※ 自動車事故の場合は右の書類を添付して下さい。

1. 自動車事故証明書
2. 事故発生状況報告書
3. 診断書
4. 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書
5. 念書
6. 同意書
7. 損害賠償金納付確約書・念書

受付日付印

※ 示談しているとき 示談書の写し

損害賠償の請求及び支払状況	自動車事故のとき保険会社等から賠償金の受領は		した(請求者名) ・ しない ・ 請求中				
	加害者等から損害賠償を受けたとき		損害賠償を受けた相手は 加入者本人 ・ 保険会社等 ・ その他				
	賠償金の内訳		治療費 (入院費を含む)		円		
			休業補償費		自 年 月 日	日分	
					至 年 月 日	円	
					1日当たり		円
					計		円
			葬祭費				円
			見舞金				円
			障害補償費				円
その他				円			
合計				円			
受領方法		全額一括払いの場合		平成 年 月 日 受領			
		分割の場合 (回払)		第1回	円 平成 年 月 日 受領		
				第2回	円 平成 年 月 日 受領		
				第3回	円 平成 年 月 日 受領		
治療の状況	治療を受けた病院等		名称	所在地	受診期間	治療代	
	1.		〇〇〇〇病院	〇〇県〇〇市 △△町2-2	自 〇 年 〇 月 〇 日 至 〇 年 〇 月 〇 日	健保 ・ 自費 その他()	
	2.				自 年 月 日 至 年 月 日	健保 ・ 自費 その他()	
	3.				自 年 月 日 至 年 月 日	健保 ・ 自費 その他()	
	傷病手当金受領の有		有 ・ 無		自 〇 年 〇 月 〇 日 至 〇 年 〇 月 〇 日		

◎自動車事故の場合記入して下さい









※交通事故証明書が物件扱いのときは「人身事故証明書入手不能理由書」を添付してください。

加害者の自動車保険等加入状況	保険会社等の	名称	〇〇損害保険株式会社			
		所在地	〒555-5555 〇〇県〇〇市〇〇町1 TEL 555 (555) 5555			
	加入証明書の	記号	000	契約期間	自 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日	
		番号	第 000 号		至 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日	
	自動車の	車種	ワゴン車	使用の本拠地	〇〇県〇〇市	
		登録番号	123	車台番号	12345	
	契約者の	住所	〒 333-3333 ××県××市××町1-1 TEL 333 (333) 3333			
		氏名	加害 一郎			
	保有者の	住所	〒 同上		TEL ()	
		氏名	同上	契約者との関係	本人	
運転者の	住所	〒 同上		TEL ()		
	氏名	同上	保有者との関係	本人		
被害者請求をした場合の請求者の	住所	〒 TEL ()				
	氏名		被害者との関係			
任意保険等に加入の場合	名称	〇〇損害保険株式会社	担当者氏名	〇〇 〇〇		
	所在地	〒666-6666 〇〇県〇〇市〇〇町1 TEL 666 (666) 6666				
	加入証明書の	記号	6666	番号	第 6666666 号	
	契約期間	自 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日 至 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日				

事故発生状況報告書

千葉県機械金属健康保険組合 御中

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲(加害運転者)	氏名		乙(被害者)	氏名		運転・同乗 歩行・その他	甲車 甲車以外の車		
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 悪	いい いい	道路幅	甲車側(m)	甲車以外の車側(m)	
信号又は標識	信号:	有 無	り し	一時停止標識:	有 無	り 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で記入してください)								
							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。									

平成 年 月 日

報告者 甲との関係()
 乙との関係()

氏名 ④

念 書

(場 所) (加害者名)
平成 年 月 日 において の不法行為により
(被 害 者 名)

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
規程によって組合が給付の価格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立てます。

なお、あわせてつぎの事項を厳守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、前もって貴職にその内容を申出ること。
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
もれなく、かつ遅延なく貴職に届出ること。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1

氏 名 健保 太郎



千葉県機械金属健康保険組合 御中

同意書

私が事故で被った傷病により受けた健康保険法による保険給付は、健康保険法第57条の規定により、千葉県機械金属健康保険組合が保険給付の価額の限度において、私が加害者に対して有する賠償請求権を取得することになります。

つきましては、千葉県機械金属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及び千葉県機械金属健康保険組合への申請書類・添付書類の写しを添付することに同意します。

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、千葉県機械金属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を受けることに同意します。

平成 ○○年○○月○○日

同意者（自賠償保険請求者）

住 所 ○○県○○市○○町1-1

氏 名 健保 太郎



千葉県機械金属健康保険組合 御中

損害賠償金納付確約書・念書

(受診者氏名)

平成〇〇年〇〇月〇〇日 健保 太郎 に損害を負わせましたが、

この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付価格の限度において、千葉県機械金属健康保険組合が代位取得し、千葉県機械金属健康保険組合から損害賠償金(保険給付)の請求を受けたときは、私の過失割合の範囲において納付することを確約しますので、保険給付してください。

また、自動車賠償責任保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合で、千葉県機械金属健康保険組合が私に請求したときは、損害賠償に応じることをあわせて確約します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

損害賠償支払義務者 (未成年の場合は親権者)

住 所 ××県××市××町1-1

氏 名 加害 一郎

TEL(333-333-3333)



千葉県機械金属健康保険組合 殿

(様式 第10号)

診 断 書

住 所

傷病者

氏 名

男
女明 治
大 正
昭 和
平 成

年

月

日生 (

歳)

病 名 及 び 態 様

後 遺 障 害 の 有 無 に つ い て

有 り ・ 無 し ・ 未 定

入院治療

日間

を要す

平 成 年 月 日

自 平 成 年 月 日 至 平 成 年 月 日

治療継続中

通院治療

日間

〔 内治療
実日数 日 〕

を要す

治療・見込

自 平 成 年 月 日 至 平 成 年 月 日

治 癒

附添看護 を 要 せ ず

理 由

期 間 自 平 成 年 月 日 日 間

至 平 成 年 月 日

上 記 の 通 り 診 断 い た し ま す 。

平 成 年 月 日

所 在 地

名 称

医 師 氏 名

⑩