

# 健康保険第三者の行為による傷病届の記入について

## 記入例

### 健康保険 第三者の行為による傷病届

本人・**家族**

被害者・加害者関係	被保険者証の記号・番号	999 1234	氏名	ふりがな ケンコウ イチロウ 健康 一郎	<b>健康</b>	生年月日	昭平 51・9・25														
	被保険者の現住所	〒000-0000 東京都豊島区東池袋 5-7-0-201																			
	事業所の名称	〇〇鉄工 株式会社																			
	所在地	〒000-0000 東京都新宿区新宿 1-2-0																			
	被扶養者が受けた事故であるときはその者の	氏名	ふりがな ケンコウ ハナコ 健康 花子	生年月日	昭平 52・7・7	続柄	妻														
	加害者	氏名	厚年 太郎																		
		現住所	〒000-0000 東京都墨田区錦糸 1-2-0-408																		
	加害者の勤務先	名称	〇〇物産 株式会社	事業内容または職業	会社員																
		所在地	〒000-0000 千葉県千葉市中央区青葉 1-2-0																		
		加害者の住所・氏名等が不明の時はその理由																			
事故の内容	傷病名	脳挫傷			事故結果	治癒 <b>治療中</b> 死亡															
	発生日	平成・令和 元年 6 月 1 日 (土 曜日) 午前 <b>午後</b> 3 時 30 分頃																			
	発生場所	東京都豊島区目白 3-0 路上																			
	種別	自動車事故																			
	警察官の立合	あった・ない・ないが届出済	所轄署	目白 <b>警察署</b> ・派出所																	
過失の割合	自分がんばる			相手ががんばる																	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
示談	・示談が成立	平成・令和 年 月 日																			
	<b>交渉中</b>	平成・令和 元年 6 月 20 日現在																			
	・請求を放棄した	平成・令和 年 月 日			理由																

加害者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構いません。

- ◎この届書に添えて提出する書類
1. 交通事故証明書 (原本。コピーの時は原本証明を受けたもの)
  2. 事故発生状況報告書及び念書
  3. 加害者の誓約書
  4. 示談をしている時は、示談書の写し

受付日付印

加害者の自動車保険加入状況	責任保険加入の有無	加入している・加入していない		保険契約期間	自平成 <b>令和</b> 元年 5 月 1 日 至 平成 <b>令和</b> 2 年 4 月 30 日		
	保険証明書番号	A22-12345-67		契約者氏名	厚年 太郎		
	契約保険会社	名称	〇〇損害保険 (株)		〒 ( 03 ) 1234-5670		
		所在地	〒 000-0000 東京都中央区日本橋 1-2-0				
	任意保険加入の有無	加入している・加入していない		保険契約期間	自平成・令和 元年 5 月 1 日 至 平成 <b>令和</b> 2 年 4 月 30 日		
	加入状況	保険証明書番号	K54326789		契約者氏名	厚年 太郎	
契約保険会社	名称	〇〇火災海上保険 (株)		〒 ( 03 ) 8765-4320			
	所在地	〒 000-0000 東京都台東区根岸 9-8-0					

## 念書

(事故発生場所) 平成・令和 元年 6 月 1 日、東京都豊島区目白 3-2 路上において (加害者氏名) 厚年 太郎 の (被害者氏名) 健康 花子 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 条の規定によって、貴組合が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、貴組合が損害保険会社へ医療費等の請求をする際、病名・医療費の額等が明記されている診療報酬明細書等の写を活用することに同意します。

また、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行うとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
2. 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時は、受領年月日・内容・金額 (評価額) をなく貴職に届け出ること。

神戸機械金属健康保険組合理事長 殿  
令和 元年 6 月 20 日

被保険者住所 東京都豊島区東池袋 5-7-0-201

被保険者氏名 健康 一郎 **健康**

念書についても必ず署名捺印をしてください。