

(様式第3号)

(その2)

保加 害者 の 入 自 状 動 況 車	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日
	保険加入証明 記号番号	第 号	契約者 氏名	
	契約保険会社	名称		
		所在地	TEL ()	
示 談 状 況	示談が成立	交渉中	平成 年 月 日	請求権を放棄した
	平成 年 月 日	成立していない	現在	平成 年 月 日
		示談が成立していない理由		放棄した理由
損 害 賠 償 の 請 求 お よ び 支 払 状 況	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は	した(請求者名)・しない・請求中		
	加害者に対する損害賠償の請求	していない・した	年 月 日 口頭・文書	治療費 円 休業補償 円 その他 円
第 三 者 (加 害 者) か ら 損 害 賠 償 を う け た と き	損害賠償の種類	加害者直接賠償・保険会社からの賠償		
	賠償金の内訳	治療費 (入院費を含む)		円
		休業補償費	自平成 年 月 日1日につき	円
			至平成 年 月 日計	円
		葬祭費		円
		慰籍料		円
		見舞金		円
		障害補償費		円
	その他		円	
	合計		円	
受領方法 および年月日	全額	平成 年 月 日受領		
	分割 ()回払	第1回	円 年 月 日受領	
		第2回	円 年 月 日受領	
		第3回	円 年 月 日受領	

治 療 を う け た と き 況	この事故で医師の 治療を受けましたか		う け た ・ う け な い					
	治 療 機 関	名 称						
		所在地	TEL()					
	支 払 方 法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他()						
	治 療 開 始	平成	年	月	日	入 院	通 院	
	転 帰	(平成 年 月 日 現在)						
		現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治 癒 ・ 中 止						
	入 院 治 療 機 関	入院 自平成	年	月	日	～至平成	年	月
	通院 自平成	年	月	日	～至平成	年	月	日
後 遺 症	ある ・ ある見込 ・ な い ・ な い見込							
治 療 見 込	平成	年	月	日	から約	日	月	ぐらい



この欄は記入する必要ありません

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支 給 年 月 日	備 考
療養の給付	円	自 _____ 日間 至		
療 養 費	円	マッサージ、コルセット 柔道整復施術、輸血		
傷病手当金	円	自 _____ 日間 至		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

負傷原因報告書

被保険者記号番号		被保険者 氏 名	
事業所名		所在地	
職 種		就業時間	時 分から 時 分まで
被扶養者が負傷したとき	氏名	被保険者との続柄	
負傷の原因	<input type="radio"/> いつ(平成 年 月 日 (曜) 午前 時 分頃)		
	<input type="radio"/> その日は 勤務日 公休日 会社の休日 私用で休み <input type="radio"/> どこで(場所)		
(詳細に記述すること)	<input type="radio"/> なにをしているときですか ※具体的にご記入ください。 (なにををしに行くときですか)		
	<input type="radio"/> パート・バイト中の場合 ※被扶養者が勤務しているときはご記入ください。 勤務先名称 (TEL - -) 勤務先住所		
<input type="radio"/> 出勤又は退社して帰宅中の負傷の場合は、会社から帰宅までを裏面に図示し通勤経路及び負傷場所を記入してください。			
<input type="radio"/> 次の欄は該当するものの番号を○印で囲んでください。 1. 職務中に生じた 2. パート・バイト中に生じた 3. 私用中に生じた 4. 事業所内で生じた 5. 事業所内で休憩中に生じた 6. 出勤の途中 7. 退社して帰宅中 8. 自宅において 9. 会社主催の体育祭等において			
<input type="radio"/> 他人の行為によって負傷させられたときは、その相手の <div style="text-align: right;">住所 (TEL - -) 氏名</div>			
上記のとおり相違ありません 平成 年 月 日 被保険者の住所 氏名			

念 書

(場 所)

(加害者氏名)

平成 年 月 日

において

の

(被害者氏名)

不法行為により の被った傷病について、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、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、あわせて、つぎの事項を遵守することを誓約します。

- 1 加害者側と示談をおこなう場合は、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ときは、受領年月日、内容金額(評価額)をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届出ること。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

Ⓜ

フジクラ健康保険組合理事長殿

誓約書

(場 所)

平成 年 月 日 において

(加害者氏名)

(被害者氏名)

の不法行為により の被った

傷病について、平成 年 月 日より貴健康保険組合の給付による治療を受けて
おりますが、この医療費の損害賠償については、私の過失責任及び、当該事故に起因す
る範囲内において支払をすることを誓約いたします。

平成 年 月 日

加害者(又は親権者)

住所

氏名

印

電話番号

連帯保証人(保険会社でも可)

住所

氏名

印

電話番号

フジクラ健康保険組合理事長殿

診 断 書

傷病者	住所				
	氏名	男 女	明 大 昭 平	治 正 和 成	年 月 日生(歳)
病名及び態様					
後遺障害の有無について (次の不要のものを抹消して下さい。なお、下記注を参照のこと) 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		治療
附添看護を	要す 要せず			理由	
期間	自平成 年 月 日		日間		
	至平成 年 月 日				

上記の通り診断致します

平成 年 月 日
所在地
名称
医師氏名

注 1. 後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書(損害保険会社並びに査定事務所に備付けてあります。)をご作成願います。
2. この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用下さい。なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

第三者側の自動車損害賠償保険等の内容について

保険の種類		自 賠 責 保 険			任 意 保 険		
保 險 会 社 名							
保 險 証 明 書 番 号		第 号			第 号		
保 險 契 約 者	住 所	TEL			TEL		
	氏 名						
自 動 車	車 種		都 道 府 県 別			都 道 府 県 別	
	登 録 (車 両) 番 号						
	車 台 番 号						
保 險 契 約 期 間		自 至			自 至 保 險 金 額 万円		
車 輛 保 有 者	住 所	TEL			TEL		
	氏 名						
保 險 会 社 の	所 在 地	〒			〒		
	名 称						
	担 当 課 T E L						
	担 当 者 氏 名						
保 有 者 と 運 転 者 の 関 係		本人・従業員・親族・その他()			本人・従業員・親族・その他()		