

第三者の行為による傷病届の提出について

自動車事故、けんか等他人の不法行為により受傷し、医療機関で受診した場合は別添「第三者の行為による傷病届」等を速やかに提出することとなっております。
下記の事項に留意のうえ至急ご提出下さい。

記

1. 捺印もれのないようにして下さい。
1. 第三者の行為による傷病届
被害者(被保険者又は、被扶養者)が記入して下さい。
1. 治療状況
被害者(被保険者又は、被扶養者)が記入して下さい。
1. 念書
被害者(被保険者又は、被扶養者)が記入して下さい。
1. 診断書(写し可)
治療を受けている医療機関で記入したものを提出して下さい。
1. 保険の加入状況
加害者の加入状況を記入して下さい。
1. その他 (「治療終了報告書」:症状固定または治療終了の際ご提出ください。)

〒 135-0042
江東区木場1-5-1

フジクラ健康保険組合

TEL 03-5606-1031

健康保険

第三者行為による傷病届

本人・家族

被害者	被保険者証の 記号・番号	記号	氏名				印	
		番号	現住所					
	被害者が勤務 している事業所	名称						
		所在地						
	被扶養者が受けた 事故であるとき	氏名			被保険者 との続柄			
加害者	加害者	氏名			生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (曜日)	
		現住所						
	加害者の勤務先	名称又は 氏名				事業内容 又は職業		
		所在地又は 住所						
	加害者の住所氏名 がわからないとき	その理由						
事故 内容	傷病名				発生日	平成 年 月 日 (曜日)	午前・午後 時 分頃	
	発生の場所							
	種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打・死傷・その他()						
	事故結果	治療・即死・入院直後の死亡・入院中の死亡 (死亡 平成 年 月 日)						
	警察官の立会	あった・ない・ないが届出済・わからない						
	所轄署	警察署				派出所		
	過失の度合	自分がなんぶ			相手がなんぶ			
0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9			0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9					

◎ 該当文字を○でかこみ、必要事項を記入して下さい。

この届けに添えて 提出する書類	の自 と動 き車 は事 故	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 及び死亡診断書
	い示 る談 を し は て	5 示談書の写

受付日付印

加害者の保険加入状況	保有	加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自平成 至平成	年 年	月 月	日 日	
	保記	加入証番号	第 号	契約者氏名					
	契保	会社	名称						
		所在地	TEL ()						
示談状況	示談が成立	平成 年 月 日	交渉中	成立していない	平成 年 月 日現在	成立していない	理由		
				請求権を放棄	平成 年 月 日に放棄	放棄した	理由		
損害賠償	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	治療費 休業補償 その他	円	円	
賠償の請求および支払い状況	損害賠償の種類			加害者直接賠償・保険会社からの賠償					
	第三者(加害者)から損害賠償を受けたとき	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	日分
						至平成 年 月 日	計	円	
					葬祭費	円			
					慰藉料	円			
					見舞金	円			
					損害賠償費	円			
					その他	円			
				合計	円				
			全額	平成 年 月 日受領					
受領方法および年月日			分割 ()回払い	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 受 け た と き の 状 況	この事故で医師の治療を受けましたか		受けた・受けていない	
	治療機関	名称		
		所在地	Tel ()	
	支払い方法	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 入院中・通院加療中・治癒・中止		
	入院治療期間	入院 自平成 年 月 日～平成 年 月 日		
		通院 自平成 年 月 日～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 ヶ月と 日程度			

※ここから下の欄には記入する必要はありません

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支 給 年 月 日	備 考
療養の給付	円	自至 日間		
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	自至 日間		
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

診 断 書

住所	
傷病者	大正 昭和 平成
氏名	男 女
	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	平成 年 月 日
自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	を要す 治療継続中
通院治療 日間(内治療実日数日)	平成 年 月 日
自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	を要す 治癒見込 治癒

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
- 後遺症のあるものについては、確定した時点において、別にご作成願います。
 - この診断書は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ございません。

念 書 (兼 同 意 書)

平成 年 月 日 [] において、
[] の不法行為により [] 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、 []
健康保険組合が給付の価額の限度において取得し、行使、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、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談を行う場合は、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、受領月日、内容、金額(評価額)をもれなく、かつ、
遅滞なく届け出ること。
4. 自賠責保険に被害者請求する場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出て、了承を
得ること。
5. 自身の加入する人身傷害補償保険に、自身の治療費について請求する場合、若しくは、
自身の治療費を負担させる場合、その旨を事前に報告すること。

[] が被った傷病について、受診者の個人情報を下記につい
て、求償先等に提供することに同意いたします。

健康保険組合が代位取得した保険給付限度内の損害賠償の求償手続きを相手方の加入する
損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付にかかる診療(調剤)報酬明細書の写
しを添付すること。

平成 年 月 日
被保険者 記号 番号
住 所
氏 名 ⑩
電 話
被害者 氏 名 続柄

フジクラ健康保険組合
理事長 中山 幸洋 殿

平成 年 月 日

治療終了報告書

フジクラ健康保険組合 殿

住 所

* 氏 名

印

下記のとおり、第三者から負った傷病について治療が終了いたしましたので報告致します。

記

1. 事故発生年月日

.....

2. 事故発生場所

.....

3. 被害者

.....

4. 加害者

.....

5. 治療終了年月日

平成 年 月 日

.....

※ なお、加害者との示談につきましては未締結であることを合わせて報告いたします。

※ *氏名欄の押印は、被保険者が自署した場合は不要です。