

第三者の行為による傷病届

提出期限： 年 月 日

被保険者証 記号・番号		被保険者 氏 名					
勤 務 先	名 称						
	所在地						
	職 種		電 話				
		携帯電話					
被 害 者 が 被 扶 養 者 の 場 合		氏 名		歳	被保険者 との続柄		
第 三 者 相 手 の	氏 名		男・女	歳	電 話		
					携帯電話		
	住 所						
	勤務先	名 称					
		所在地					
	職 種		電 話				
第 三 者 が 未 成 年 の 場 合		保護者の 氏 名		第三者との 続 柄			
被 害 者 と 第 三 者 の 関 係		・他人 ・友人 ・同僚 ・その他 ()					
事 故 当 時 の 第 三 者 の 行 動 目 的 は		・工作中 ・私用 ・その他 ()					
第 三 者 の 氏 名 な ど が 不 明 の と き は 、 そ の 理 由							
事 故 の 内 容							
発 生 日 時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃						
発 生 場 所							
事 故 に あ っ た 時 の 状 況	〇〇〇〇をしようと、△△で〇〇〇〇から△△△△へ行く途中。など、その時の行動を具体的に記入してください。						
負 傷 の 原 因	〇〇〇〇に△△され、〇〇〇〇のため。など、その負傷の直接の原因を具体的に記入してください。						
事 故 発 生 の 責 任	・ 第三者 ・ 本人 ・ 両者 ・ 不明 ・ 調査中						
責 任 (過 失) の 割 合	第三者が 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 本人が 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10						
警 察 官 の 立 会 ・ 届 け 出	・ なし ・ あり (警察署 担当)						

治療（受診）の状況

受診している医療機関	傷病名			
	名称	電話		
	所在地			
	受診期間	年 月 日～	年 月 日 内、入院	月 日～ 月 日
	費用の負担	自費 加害者負担 自賠責 健康保険 その他（ ）		
	傷病名			
	名称	電話		
	所在地			
	受診期間	年 月 日～	年 月 日 内、入院	月 日～ 月 日
	費用の負担	自費 加害者負担 自賠責 健康保険 その他（ ）		
治療の経過	・すでに治ゆ（ 年 月 日） ・現在治療中 ・ 年 月 日頃まで治療の見込み			
健康保険で受診することとした理由	・ 本人の判断 ・ 医療機関の指示 ・ 保険会社の依頼 ・ 相手の依頼 ・ その他（ ）			

示談（損害賠償）の状況

損害賠償請求権の有無	あり なし（なしの場合は、その理由）		
示談の状況	・ 示談成立（ 年 月 日） ・ 示談交渉中（ 年 月 日頃成立の見込み） ・ 示談成立の見込みなし（その理由）		
すでに損害賠償を受けている場合 その内訳・金額等	治療費	年 月 日～	年 月 日分として ¥..... 年 月 日に ・相手 ・保険会社（ ）より受領
	休業補償	年 月 日～	年 月 日分として ¥..... 年 月 日に ・相手 ・保険会社（ ）より受領
	その他として ¥..... 年 月 日に ・相手 ・保険会社（ ）より受領	

上記事実のとおり「念書」等関係書類添付のうえ届けます。

年 月 日

被保険者 住所

氏名

④

電話

西日本プラスチック工業健康保険組合 理事長 様

※第三者の行為による傷病等について、今後、当健康保険組合の業務委託先である㈱医療情報システム(日本医事専門学院)よりご連絡する場合がございますので、あらかじめご了承下さいますようお願いいたします。

念 書

年 月 日、(場所) _____において、第三者(加害者
氏名) _____の不法行為により(被害者氏名) _____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、私が第三者
(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
て西日本プラスチック工業健康保険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、同意いたします。

1. 加害者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を誓約いたします。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないことを誓約いたします。
3. 加害者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け出ることを誓約いたします。
4. 本件に関する求償業務について、貴組合もしくは、貴組合の第三者
行為求償業務事務の一部を委託している下記委託先より問合せがある
ことを同意いたします。

◆委託先◆

業者名:株式会社 医療情報システム(日本医事専門学院)

TEL: 06-6304-3468

年 月 日

住所

氏名

印

西日本プラスチック工業健康保険組合 理事長 様

事故発生状況報告書

※ 第三者（相手方）を甲、被害者を乙として記入して下さい。

甲 (第三者)	氏名	乙 (被害者)	氏名	運転 同乗 歩行 その他()
道路 の 状 況	住宅街 ・ 商店街 ・ 市街地 ・ 郊外 ・ 山間部 ・ その他() 平坦路 ・ 坂道 直線 ・ カーブ 見通しは… 良 ・ 不良 路面は… 乾燥 ・ 濡れていた ・ 積雪 ・ 凍結 ・ その他()			
交 差 点 の 場 合	信号機は 無 ・ 有 … (普通 ・ 時差式 ・ 押しボタン式) 一時停止の標識は 甲側に… 有 ・ 無 乙側に… 有 ・ 無 優先道路の表示は 甲側に… 有 ・ 無 乙側に… 有 ・ 無			
速 度	甲側に km/h (制限速度 km/h) 乙側 km/h (制限速度 km/h)			
当時の天候	晴 曇 雨 雪 霧	交通状況	渋滞 混雑 普通 閑散	
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で記入して下さい。)			
上記図の説明を書いて下さい。	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end;"> <div style="margin-bottom: 5px;">甲 車 </div> <div style="margin-bottom: 5px;">甲車以外の車 </div> <div style="margin-bottom: 5px;">進行方向 </div> <div style="margin-bottom: 5px;">信 号 </div> <div style="margin-bottom: 5px;">一時停止 </div> <div style="margin-bottom: 5px;">一方通行 </div> <div style="margin-bottom: 5px;">人 間 </div> <div style="margin-bottom: 5px;">自 転 車 オートバイ </div> </div>			

西日本プラスチック工業健康保険組合

別紙「交通事故証明書」に補足して、上記のとおり報告いたします。

報 告 者 甲との関係 () 氏名 _____ 印 _____
 乙との関係 ()

加害者の自動車保険等の加入状況

強 制 保 険	自動車の種別		・ 自家用 ・ 営業用 ・ その他 ()				
	登録番号		車体番号				
	自動車の 保有者	氏名			電話		
		住所					
	契約者との関係		・ 本人 ・ 譲受人 ・ 借受人 ・ その他 ()				
	保険の 契約者	氏名			電話		
住所							
証 明 書 番 号	証明書番号		保険期間		自 平成 年 月 日	至 平成 年 月 日	
	保険会 社等の	名称			電話		
		所在地					
任 意 保 険	保険の 契約者	氏名			電話		
		住所					
	証明書番号		保険期間		自 平成 年 月 日	至 平成 年 月 日	
	保険会 社等の	名称			電話		
		所在地					
	自賠償保険の任意一括扱いの有無		なし あり				
保 険 会 社 等 の 担 当 者	氏名						
	所属						
そ の 他	保険の名称		証明書番号				
	保険の 契約者	氏名			電話		
		住所					
	保険会 社等の	名称			電話		
所在地							
備 考							

誓 約 書

年 月 日、(事故場所)_____において私と、被害者_____殿との間に発生した事故にかかる健康保険給付費について、その価額の限度において貴組合からの請求（健康保険法第57条に規定する損害賠償請求権の代位行使）があったときは責任をもって支払いすることを誓約し、今後、本件に関する求償業務について、貴組合もしくは、貴組合の第三者行為求償業務事務の一部を委託している下記委託先より問合せがあることを同意いたします。

◆委託先◆

業者名：株式会社 医療情報システム（日本医事専門学院）

TEL：06-6304-3468

年 月 日

西日本プラスチック工業健康保険組合 理事長 様

加 害 者 住所

氏名

⑩

使用責任者 住所

氏名

⑩

連帯債務者 住所

(保険会社) 名称

⑩