

常務理事	事務長	会計	担当者	台帳照合

健康保険

第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その1)

被害者・加害者関係	被保険者証 記号と番号	記号 第 号	氏 名 現住所	印		
	被保険者が勤務している事業所	名 称				
		所在地	TEL ()			
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏 名		被保険者との続柄		
	加 害 者	氏 名		生年月日	大 昭 平 令 年 月 日	
		現住所	TEL ()			
	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		TEL ()				
加害者の住所氏名が判らないとき	その理由					
事故内容	傷 病 名			発 生 年月日	平成・令和 年 月 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・ 殴打 殺傷 その他 () 自転車				
	事 故 結 果	即死・ 入院直後の死亡 (死亡 年 月 日) ・治療 入院中の死亡				
	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, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10				

○ 該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

この届に添えて提出する書類	自の動と車ときは事故	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 および死亡診断書
		5 示談をしているときは示談書の写

受 付 日 付 印

加害者の加入状況	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自平成・令和 年 月 日 至平成・令和 年 月 日	
	保険加入証明書 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・令和 年 月 日	請求権を放棄した	
	平成・令和 年 月 日	成立していない	現在	平成・令和 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	平成・令和 年 月 日	
			した	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・令和 年 月 日1日につき	円
				至平成・令和 年 月 日	日分
				計	円
			葬祭費	円	
慰謝料			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・令和 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 状 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	
	医 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・令和 年 月 日 入院 通院		
	転 帰	(平成・令和 年 月 日 現在) 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・令和 年 月 日 ～ 至 平成 年 月 日 通院 自 平成・令和 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・令和 年 月 日から約 日 月 ぐらい			



この欄は記入する必要がありません

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 _____ 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 _____ 日間 至 _____ 日間		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

念 書

(事故年月日) (事故発生場所)

平成・令和 年 月 日 _____ において、

(相手方) (被保険者・被扶養者)

_____の不法行為により _____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（損害賠償請求権の代位取得）の規定によって、SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合が保険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。

また、貴組合が保険給付の価額の限度において求償権を行使する場合、診療報酬明細書（レセプト）等の写しを保険会社を含む加害者側に提供することに同意します。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 保険会社を含む加害者側と示談を行う場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
2. 保険会社を含む加害者側に白紙委任状を渡さないこと。
3. 保険会社を含む加害者側から金品の交付を受けた時は、受領年月日・内容・金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴組合に届出ること。
4. 自賠償保険に賠償請求する場合には、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。

SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印 _____