

| 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 | 被保険者等 記号 | 700 | 氏名 | (フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太朗 | ○ | |
| | 記号と番号 | 第7000号 | 現住所 | 東京都渋谷区神南1-1 | 該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。 | |
| | 被保険者が勤務している事業所 | 名称 | 〇〇〇株式会社 | | | |
| | | 所在地 | 〒100-0004 東京都千代田区大手町1-2-4 | | | |
| | 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 | 加害 一郎 | | 生年月日 | 大昭平令 〇〇年 7月 1日 |
| | | 現住所 | ××県××市××町1-1 | | | TEL (03) 5786-0000 |
| | 加害者の勤務先 | 名称又は氏名 | ×××株式会社 | | 事業内容又は職業 | |
| | | 所在地又は住所 | ××県××市××町100 | | | TEL (03) 5786-0000 |
| 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 | 頸椎捻挫 | | 発生年月日 | 平成・令和 ××年 ××月 ××日 午前・午後 ××時 ××分頃 | |
| | 発生の場所 | ××県××市××町××交差点 | | | | |
| | 種別 | 自動車事故・バイク事故・殴打殺傷その他() | | | | |
| | 事故結果 | 即死・入院直後の死亡 入院中の死亡 (死亡年月日) •治療 | | | | |
| | 警察官の立会 | あつた ない・ないが届出済・わからない | | | | |
| | 所轄署 | 〇〇〇 警察署 | | | | 〇〇〇 派出所 |
| | 過失の度合 | 自分がなんぶ 0 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 | | 相手がなんぶ 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 | | 受付印 |

| | | |
|-----------------------|---------------------------|---------------------|
| この届に添えて 提出する書類 | 自の 動と 車き 事は 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 死亡の場合戸籍謄本および死亡診断書 |
| | | 5 示談をしていたときは示談書の写 |

○自動車事故であつて「事故発生状況報告書」を、この届に添えて提出するときは、この頁に記入する必要はありません。

| | |
|--|---|
| 加害者の行為によって生じた事故について加害者の行動及び被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入してください。 | |
| 事故 発 生 の 状 況 | 交差点で信号待ちをしていたところ、後ろからきた加害者の車が止まりきれずに追突された。 |
| 事故 現 場 の 見 取 図 | <p>事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示して下さい。</p> <p>The diagram shows a T-junction. The left vertical road is 5m high, and the right vertical road is 8m wide. A green circle is at the bottom of the junction. A red 'X' is on the right road, with a dotted line pointing up to the green circle.</p> |

| | | | | | |
|----------------|-----------------------|--------------------------------|----------------------------------|--|--|
| 加害者加入自動状況 | 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6月1日 至 平成・令和 ××年5月31日 | |
| | 保険加入証明記号番号 | 第1111号 | 契約者氏名 | 加害一郎 | |
| | 契約保険会社 | 名称 | ○○○○損害保険株式会社 | | |
| | | 所在地 | ××県××市××町3 TEL (333) 333-3333 | | |
| 示談状況 | 示談が成立 平成・令和 年月日 | 交渉中 成立していない 示談が成立していない理由 | 平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日 現在 | 請求権を放棄した 平成・令和 年 月 日 放棄した理由 | |
| | 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) 平成・令和 年 月 日 口頭・文書 | | |
| | 加害者に対する損害賠償の請求 | | していない した | 治療費 休業補償 その他 | |
| 損害賠償の請求および支払状況 | 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 日分 至平成・令和 年 月 日 計 | |
| | | | 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うけましたか | 受けた・うけない | | |
| | 医療機関 | 名称 | ○○○総合病院 | |
| | | 所在地 | 千代田区○○3-7 TEL (03) 5777-0000 | |
| | 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 3月 1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・令和 年 月 日 通院 自 平成・令和 年 月 日 ~ 至 平成・令和 年 月 日 | | |
| | 後遺症 | ある・ある見込・ない見込 | | |
| | 治療見込 | 平成 令和 ○○年 3月 1日から約 2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 至 _____ 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 至 _____ 間 | | |
| | 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 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇交差点 に
おいて、

(相手方)

(被保険者・被扶養者)

加害　一郎 の不法行為により 健康　太朗 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、SMB C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すること。
4. 自賠責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。

SMB C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 東京都渋谷区神南1-1

氏名 健康　太朗

