

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( )			
	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	警察署			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		

この届に添えて  提出する書類	自動車と 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

受付日付印

○該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

○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。

事 故 発 生 の 状 況	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 現 場 の 見 取 図	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。
	-----
	-----
	-----
	-----
	-----

加 保 害 險 者 加 の 入 自動 状 車 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 平成・令和 年 月 日	交渉中 成立していない 示談が成立しない理由	平成・令和 年 月 日 現在	請求権を放棄した 平成・令和 年 月 日		
	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	平成・令和 年 月 日 口頭・文書	治療費 休業補償 その他	円 円 円
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 至 平成・令和 年 月 日 計 円 日分		
			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 分割 ( )回払	全額	平成・令和 年 月 日 受領		
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		う　け　た　・　う　け　な　い					
	医　療　機　関	名　称						
		所　在　地	T E L ( )					
	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　險　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 \_\_\_\_\_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。

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 \_\_\_\_\_