

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	氏名	印		
	記号と番号	第号	現住所			
	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		
		氏名		生年月日	大昭和令 年 月 日	
	加害者	現住所	TEL ( )			
		名称又は氏名		事業内容又は職業		
	加害者の勤務先	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				

この届に添えて提出する書類	自の動と車ときは故	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

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。

○ 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 保 害 險 者 の 加 入 の 自 動 車 況	責 任 保 險 加 入 の 有 無		あ る ・ な い		保 險 契 約 期 間		自 平 成 ・ 令 和      年      月      日 至 平 成 ・ 令 和      年      月      日		
	保 險 加 入 証 明 記 号 番 号		第      号		契 約 者 氏 名				
	契 約 保 險 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 現在		請 求 権 を 放 棄 し た		
	平 成 ・ 令 和 年      月      日		成 立 し て い な い				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 險 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      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 險 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      円 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	
	治 療 を う け た と き	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 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			
	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、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。

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 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_