

# 健康保険 第三者行為による傷病届

PD

本人・家族

(様式 1)

◎ 該当文字を○で囲み、必要事項は記入してください。

|             |                                  |  |                                  |              |   |     |
|-------------|----------------------------------|--|----------------------------------|--------------|---|-----|
| 被害者・加害者関係   | 被保険者証<br>記号と番号                   | 記号・番号<br>—                             | 氏名                               |              |   | 印   |
|             |                                  | 現住所                                    | 〒( ) —                           |              |   |     |
|             | 被保険者の勤務<br>している事業所               | 名称及び<br>職場名                            |                                  |              |   |     |
|             |                                  | 所在地                                    | 〒( ) —                           |              |   |     |
|             | 被扶養者がうけた<br>事故であるとき              | 氏名                                     |                                  | 被保険者<br>との続柄 |   |     |
| 加害者         | 氏名                               |  | 生年月日                             | 昭・平          | 年 | 月 日 |
|             | 現住所                              | 〒( ) —                                 |                                  |              |   |     |
|             | 加害者の勤務先                          | 名称又は<br>氏名                             |                                  | 事業内容<br>又は職業 |   |     |
| 所在地又は<br>住所 |                                  | 〒( ) —                                 |                                  |              |   |     |
| 加害者不明の場合    | その理由                             |  |                                  |              |   |     |
| 事故内容        | 傷病名                              |  | 発生年月日                            | 平成           | 年 | 月 日 |
|             |                                  |  |                                  | 午前・後         | 時 | 分頃  |
|             | 発生場所                             |  |                                  |              |   |     |
|             | 発生時の状況                           | 勤務中 ・ 通勤途上 ・ 私用外出中 ・ その他 ( )           |                                  |              |   |     |
|             | 種別                               | 自動車事故 ・ バイク事故 ・ 殴打 ・ その他 ( )<br>自転車 刺傷 |                                  |              |   |     |
|             | 事故結果                             | 治療 ・ 入院直後の死亡 (死亡 年 月 日) ・ 即死<br>入院中の死亡 |                                  |              |   |     |
|             | 警察官の立合                           | あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない              |                                  |              |   |     |
|             | 所轄署                              | 警察署 交番 (派出所)                           |                                  |              |   |     |
| 過失の割合       | 自分がなんぶ                           |  | 相手方がなんぶ                          |              |   |     |
|             | 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 |  | 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 |              |   |     |

|                              |           |   |
|------------------------------|-----------|---|
| 様式1～様式4<br>の届出に添えて<br>提出する書類 | 自動車<br>事故 | 1. 自動車事故証明書<br>2. 診断書の写<br>3. 死亡の場合は戸籍謄本<br>及び死亡診断書 |
|                              |           | 4. 示談をしているときは<br>示談書の写                              |

受付日付印

ご記入いただいた個人情報、事故内容の確認と損害賠償請求にのみ利用させていただきます。

|      |       |                                     |
|------|-------|-------------------------------------|
| 治療状況 | 医療機関名 |                                     |
|      | 支払方法  | 健康保険(保険証使用) ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ( )  |
|      | 治療開始  | 平成 年 月 日 入院 ・ 通院                    |
|      | 転 帰   | 平成 年 月 日 現在 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止 |

※提出日現在の、示談状況を記入してください。

|                |                       |                        |               |   |     |   |      |   |     |   |
|----------------|-----------------------|------------------------|---------------|---|-----|---|------|---|-----|---|
| 示談状況           | 示談が成立                 | 平成 年 月 日               |               |   |     |   |      |   |     |   |
|                | 成立していない               | 平成 年 月 日 現在            | 成立していない理由     |   |     |   |      |   |     |   |
|                | 請求権を放棄した              | 平成 年 月 日               | 放棄した理由        |   |     |   |      |   |     |   |
| 損害賠償の請求及び支払い状況 | 自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は | した(請求者氏名 ) ・ 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             | 年 月 日 口頭 ・ 文書 | <table border="0"> <tr> <td>治療費</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>休業補償</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>円</td> </tr> </table> | 治療費 | 円 | 休業補償 | 円 | その他 | 円 |
|                | 治療費                   | 円                      |               |   |     |   |      |   |     |   |
|                | 休業補償                  | 円                      |               |   |     |   |      |   |     |   |
|                | その他                   | 円                      |               |   |     |   |      |   |     |   |
|                | 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 年 月 日       | 1日につき   | 円   |   |      |   |     |   |
|                |                       |                        | 至 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             |   |     |   |      |   |     |   |
| 受領方法及び年月日      | 全 額                   |                        |               | 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            |               |   |     |   |      |   |     |   |

～健保組合保険給付について～

『損害賠償請求権放棄』かつ、ご自身の『人身傷害保険』等から医療費に対して補填が行われず、高額な医療費を自己負担せざるを得ない場合は、健保組合の「高額療養費」「付加給付金」を受給できる場合があります。受給対象条件、申請手続きなど詳細については、健康保険組合へお問い合わせください。

ご記入いただいた個人情報は、事故内容の確認と損害賠償請求にのみ利用させていただきます。

# 損害賠償責任保険契約内容（相手方の車両）



## 1. 自動車・バイク事故の場合

|        |       | 自賠責保険                    | 任意保険（対人）                 |
|--------|-------|--------------------------|--------------------------|
| 保険会社名称 |       |                          |                          |
| 証書番号   |       |                          |                          |
| 保険契約期間 |       | 自 平成 年 月 日<br>至 平成 年 月 日 | 自 平成 年 月 日<br>至 平成 年 月 日 |
| 契約者    | 住 所   | 〒<br>TEL ( )             | 〒<br>TEL ( )             |
|        | 氏 名   |                          |                          |
| 保有者    | 住 所   | 〒<br>TEL ( )             | 〒<br>TEL ( )             |
|        | 氏 名   |                          |                          |
| 取扱窓口   | 住 所   | 〒<br>TEL ( )             | 〒<br>TEL ( )             |
|        | 名 称   |                          |                          |
|        | 担 当 者 |                          |                          |

## 2. 自動車・バイク事故以外の場合

| 保 険 会 社 | 名 称                     | 種別           |
|---------|-------------------------|--------------|
|         | 証書番号                    |              |
| 保険契約期間  | 自 平成 年 月 日 ～ 至 平成 年 月 日 |              |
| 契約者     | 住 所                     | 〒<br>TEL ( ) |
|         | 氏 名                     |              |
| 取扱窓口    | 住 所                     | 〒<br>TEL ( ) |
|         | 名 称                     |              |
|         | 担 当 者                   |              |

ご記入いただいた個人情報は、事故内容の確認と損害賠償請求にのみ利用させていただきます。



念 書

(場所)

平成 年 月 日 \_\_\_\_\_

において加害者 \_\_\_\_\_ の不法行為により私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、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条第1項の規定によって、YKK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、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談を行う場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者側から金品を受けたときは、受領月日、内容金額（評価額）をもれなく、かつ遅延なく貴職に届け出ること。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

印

YKK健康保険組合 理事長殿

ご記入いただいた個人情報、事故内容の確認と損害賠償請求にのみ利用させていただきます。



同 意 書

健康保険法第57条第1項の規定により、YKK健康保険組合が保険給付の価額の限度で加害者（またはその者が加入する損害保険会社等）に賠償金を請求する際に、私または私の家族が受診した医療機関等に診療報酬に関する報告を求めることに同意します。

また、YKK健康保険組合の報告要求において、私および私の家族が同意している旨を医療機関等に伝えることにも同意します。

YKK健康保険組合 理事長殿

平成 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

ご記入いただいた個人情報は、事故内容の確認と損害賠償請求にのみ利用させていただきます。