

受付	令和 年 月 日		常務理事	事務長	担当者
決定	令和 年 月 日				

第三者の行為・自損事故に因る傷病届

被保険者	記号			氏名		
	番号			住所		
	事業所・部署			TEL()	内線 -	
事故該当者	被保険者(本人)の場合	氏名			生年月日	昭・平 年 月 日
	被扶養者(家族)の場合	氏名			続柄	
		職業(学校名)			生年月日	昭・平 年 月 日
診療を受けた時	病院(医院)名称	(TEL)() -				
	所在地					
	傷病名					
	傷病の程度	死亡・重症・軽症	治療見込	年 月 日から 間		
	治療費の支払方法	自費・相手方負担・健康保険・その他()				
事故相手	事故相手	氏名			生年月日	昭・平 年 月 日
		住所	TEL() -			
	事故相手の勤務先	名称				
		住所	TEL() -			
加害者が不明の場合(その理由)						
事故内容	事故発生日時	令和 年 月 日	午前・午後 時 分頃			
	事故発生場所					
	事故の概要					
	種別	自動車・バイク・自転車・歩行・水上・スノーバイク・その他				
	所轄署	警察署 派出所	未届(理由)			
	過失の度合(わかる範囲で)	自分が何割 →	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10			
示談	示談状況	令和 年 月 日現在 成立・交渉中・成立していない				

上記の通り第三者の行為に因る傷病を届けます。

令和 年 月 日 被保険者氏名 ㊞

明電舎健康保険組合 理事長 殿

1. (事故相手方)の 自動車損害賠償保険契約等の内容について

保険の種類		自 賠 責 保 険	任 意 保 険
契約内容			
自動車保険証明番号			
保 險 会 社 名			
保 險 契 約 者	住 所		
	氏 名		
自 動 車	種 別		
	登 録 (車 両) 番 号		
	車 台 番 号		
保 險 契 約 期 間		自 令 和 年 月 日	自 令 和 年 月 日
		至 令 和 年 月 日 () 年間	至 令 和 年 月 日 () 年間
車 両 の 保 有 者	住 所		
	氏 名		
損 害 賠 償 金 支 払 請 求 先 店 名	所 在 地	〒 -	〒 -
	名 称 及 び 担 当 課 名		
	担 当 者 名		
	電 話 () -		() -

事故発生状況報告書

当事者	甲（事故相手）	氏名				
		TEL () -				
	乙（被保険者又は被扶養者）	氏名				運転・同乗
		TEL () -				歩行・その他
天 候		晴・雲・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明 暗	昼間・夜間・明け方・夕方
道路状況		舗装 [してある・してない]		歩道 (両・片) [ある・ない]	直線・カーブ	
		平坦・坂		見通し[良い・悪い]	積雪路・凍結路	センターライン[ある・ない]
信号又は標識		信号 [ある・ない]		駐停車禁止 [されている・されていない]	その他標識	
速 度		甲車両 Km/h (制限速度 Km/h)	乙車両 Km/h (制限速度 Km/h)			
事故現場における状況を図示してください	<p>事故発生状況略図（道路幅をmで記入してください）</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 自 車 相手車 進行方向 信 号 一時停止 人 間 自転車 オートバイ 接触点 </div>					
事故発生の状況						

別紙交通事故証明に補足して、上記のとおり報告いたします。

令和 年 月 日

報告者（被保険者）
乙との関係（ ）



明電舎健康保険組合

念書兼同意書

令和 年 月 日(場所) _____において、
(加害者名) _____の 行為により (被害者名) _____

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条の規定によって明電舎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ありません。

なお、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

- 1.加害者と示談を行おうとする場合は、勝手に行わずに、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 2.自賠責保険に被害者請求をする場合には、勝手に行わずに、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 3.加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 4.加害者側から金品を受けたときは、受領年月日・内容・金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
- 5.当該事故にかかる傷病が治癒したときは、速やかに貴職に届け出ること。
- 6.上記のほか、健康保険組合が行う代位取得求償権の行使について協力すること。

私は次の項目に同意致します。

健康保険組合が損害賠償請求を行う際に、傷病に関する診療報酬明細書等（写）を損害保険会社へ提供すること。

令和 年 月 日

住所 〒

電話

氏名

Ⓜ

明電舎健康保険組合 理事長 殿

誓 約 書

令和 年 月 日 (場所) _____ で発生した事故により (被害者) _____ 殿が被った傷病の治療費等*を一旦、貴組合で立替えて頂き度、この書面をもってお願い致します。

なお、立替えて頂いた治療費等*は、当事者間の過失割合により、当方の過失相応分について、貴組合からの求償に応ずることを誓約致します。また、併せて次の事項も厳守致します。

*治療費等には休業補償を含みます。

1. 相手方と示談するときは、必ず前もって貴組合に申し出る。
2. 被害者方の治療状況 (治癒・中断・症状固定等) をその都度、貴組合に報告する。
3. 貴組合からの問い合わせ、資料提出等の依頼には、誠意をもって応ずる。

令和 年 月 日

(加害者) 住 所 (〒 _____)

氏 名 _____ ⑩
TEL (_____) _____ - _____ -

(保証人) 住 所 (〒 _____)

氏 名 _____ ⑩
TEL (_____) _____ - _____ -

【保証人について】

【注1】 保証人については必ず請求出来る保険会社名、支店名、担当課名、担当者名、郵便番号、住所、電話番号を記入して下さい。

【注2】 保険会社の保証が得られず個人名となった場合には保証人の署名と住民票又は所得証明書の添付が必要となります。

以 上