

## 第三者行為による傷病届 (交通事故以外)

本人・家族

(その11)

被害者	被保険者証	(記号)	氏名				
	記号と番号	(番号)	現住所	連絡先 TEL ( )			
被害者	被保険者が勤務している事業所	名称					
		所在地	TEL ( )				
加害者 (相手方)関係	被扶養者がうけた事故であるとき	被扶養者氏名	連絡先 TEL ( )			被保険者との続柄	
	加害者(相手方)	氏名			生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	
現住所		TEL ( )					
加害者(相手方)の勤務先	名称				事業内容 又は職業		
	所在地	TEL ( )					
加害者の住所氏名がわからないとき	その理由						
事故内容	傷病名				発生年月日	年 月 日	午前・午後 時 分頃
	発生の場所						
	事故発生時の状況	被保険者又は被扶養者	歩行者・その他( )				
		加害者(事故相手)	歩行者・その他( )				
	警察への届出の有無	有: ( ) 警察署 無: (理由: )					
	過失の度合(わかる範囲で)	自分なんぶ			相手なんぶ		
加害者(相手方)の損害状況	保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 令和 年 月 日 至 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 ( )				
		担当者 ( )					

添付書類	*示談が成立している場合は、「示談書の写し」を添付してください。
------	----------------------------------

受 付 日 付 印

示談状況	示談が成立していますか	成立している		令和	年	月	日	成立		
		成立していない・交渉中		令和	年	月	日	現在		
	成立していない場合は、その理由									
	請求権を放棄した場合	令和	年	月	日	理由				
	弁護士を代理人に選任している場合	氏名								
	住所	〒								
		TEL ( )								
休業補償	休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつける) 1 加害者が負担(保険会社)      2 職場から支給      3 健康保険の傷病手当金 4 その他(被害者加入の人身傷害保険へ請求など) へ請求予定									
損害賠償の支払状況	損害賠償請求をしましたか	加害者に対して	している・する予定・しない(理由 )							
		損害保険会社に対して	している・する予定・しない(理由 )							
	を相手から受けた損害賠償は	受領年月日	損害賠償の種別				受領金額			
		令和	年	月	日		円			
		令和	年	月	日		円			
治療状況(治療順)	1	名称	入院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担 健康保険・その他
		所在地	通院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担 健康保険・その他
	2	名称	入院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担 健康保険・その他
		所在地	通院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担 健康保険・その他
	3	名称	入院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担 健康保険・その他
		所在地	通院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担 健康保険・その他
治癒見込み(治療終了)	年 月 頃 ( 年 月 日 終了)			(注)治療費の支払区分を医療機関に確認して○で囲んでください。 治療終了しているときは、最終受診日をご記入してください。						
後遺症	ある・ある見込・ない・ない見込									

# 負傷原因報告書

(その13)

被保険者証の 記号・番号		被保険者氏名				
事業所名			所在地			
被扶養者が 負傷したとき	被扶養者 氏名			被保険者との続柄		
負傷の日時	令和 年 月 日( 曜日 )		午前	時	分(頃)	
			午後			
負傷の場所 (どこで)						
負傷したのは (該当する番号 を全て○で囲ん でください)	1. 勤務日 2. パート・アルバイト中 3. 勤務日の休憩中 4. 事業所内 5. 出勤の途中 6. 退社して帰宅途中 7. 会社主催の行事等において 8. 公休日 9. 会社の休日 10. 私用で休み 11. 勤務日の帰宅した後 12. その他 ( )					
被扶養者がパート・アルバイト中に負傷した場合	勤務先名称 _____		(電話 - - )			
	勤務先住所 _____					
負傷の原因 (何をしているとき どのようにして負 傷しましたか。わ かりやすく記入し てください。)						
<b>※ 勤務していた日の負傷の場合は、その日の勤務状況等を必ずご記入ください。</b>						
負傷日の 勤務時間	午前	時	分	から	午後	
	午後				分	
あなたの 仕事内容			工場または、支店名			
			勤務先の電話番号			
通常の通勤経路 及びその方法	(自宅)				(勤務先)	所要時間 ( 時間 分)
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 被保険者の住 所 氏 名 _____						

# 事故発生状況報告書(交通事故以外) (その14)

①甲欄には相手(第三者)の氏名を、乙者には負傷等された方(受診者)の氏名をお書きください。  
 ②該当するものを○印で囲んでください。  
 ③この報告書は、保険金(損害賠償額)支払手続き上必要と認められる場合には、事故の相手方に送付すること  
 があります。

当事者	甲 <small>(相手・第三者)</small>	氏名	乙 <small>(被害者)</small>	氏名	
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
事故現場の状況を図示してください。	事故発生状況略図(道路幅を m で記入してください。) <div style="border: 1px dashed gray; height: 200px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>				
状況説明を書いてください	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....				

上記のとおりご報告申しあげます。

令和      年      月      日

報告者    甲との関係(      )

乙との関係(      )    氏名

⑩

## 同意書兼念書

私が加害者( )に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第 57 条により、東日本プラスチック健康保険組合(以下、「保険者」という。)が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、保険者が損害賠償額の支払の請求を加害者または加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等へ請求し、保険金等を受領したときは、金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、保険者が保険医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

さらに、私が 70 歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていた場合、当該軽減特例措置によって支給された一部負担金等の一部に相当する額について、国が加害者または加害者の加入する損害保険会社等に請求を行うこと、国が保険者に損害賠償額の支払の請求及び受領を委任することに同意します。

その上で、保険者が損害保険会社等から受領した金銭と被保険者が返還すべき額を相殺することに同意します。

また、保険者が保険給付または損害賠償請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること、保険給付後に傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還することに同意します。

あわせて、次の事項を守ことを誓約します。

- 1 加害者(保険会社・共済団体)と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者(保険会社・共済団体)に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者(保険会社・共済団体)から金品を受けたときは、領収日、内容、金額をもれなく、速やかに届け出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

令和 年 月 日

被害者(受診者、未成年の場合は親権者等)

住 所

氏 名

(印)

東日本プラスチック健康保険組合 理事長 殿