

第三者の行為による傷病届

(健康保険法施行規則第65条)

記号		被保険者氏名	(フリガナ) (歳)	所属事業所名	
番号					
当事者	(フリガナ)氏名	[被保険者との続柄] (歳)		傷病名	
	住所				
事故発生日時				事故発生場所	
①加害者	氏名			②加害者	(加害者①との関係)
	住所				住所
医療機関名	病(医)院 (医師名) 診療所 接骨院			医療機関所在地	
医師名					
示談の有無	① 交渉中(年 月 日現在)		② いまだ交渉していない	③ 示談成立(年 月 日)	
	④ 金員受領(¥ -を 年 月 日受領)		⑤ 示談不能(理由を下欄に記入)		
示談内容	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> (いつ・どこで・だれが・なにをして・どうしたか) </div> 事故発生の原因を詳細に記入下さい。				
[示談があれば記入]					

事故発生 の状況 を詳細に 図解して 下さい。									

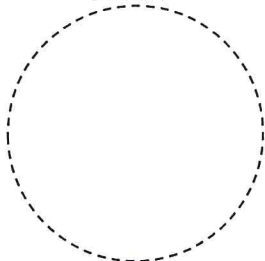
上のおりお届けいたします。被保険者(届出人)
 年 月 日 住所
 きんでん健康保険組合 御中 氏名



記入上の注意

1. 第三者から加害され、負傷し疾病にかかったときは、出来るだけ早くこの届書を提出して下さい。
 なお、第三者より加害された場合は必ず警察へ届け出て下さい。
2. 被保険者が重傷死亡等のために届出られず、他の者が届出人となる場合は、届出代行の理由
 及び被保険者との関係を明記下さい。

受付印



常務理事	事務長	係	係	係

(2019.5.1)

交通事故報告書

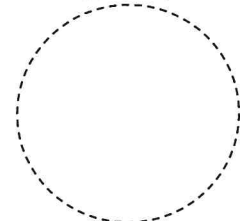
きんでん健康保険組合 御中

報告年月日	年 月 日 ()
記号・番号	
被保険者氏名	
所 属	
当 事 者 名	続柄 ()
事故発生日	年 月 日 () 時 分頃
事故発生場所	
届出警察署	
相手方名	
治療病院	・怪我の状況
事故状況	<ul style="list-style-type: none"> ・スピード ・相手スピード ・通勤途上 ・業務上
相手保険会社 (自賠償保険)	<ul style="list-style-type: none"> ・自賠償保険証明書番号 第 号 ・保険会社名 ・電話番号
相手保険会社 (任意保険)	<ul style="list-style-type: none"> ・任意保険証明書番号 第 号 ・保険会社名 ・担当者名 ・担当者電話番号
被保険者加入の 保険会社関与の有無	<ul style="list-style-type: none"> ・関与の有無 有 ・ 無 ・保険会社名 ・担当者名 ・担当者電話番号

※提出書類 交通事故証明書(写し)(人身事故扱い分)

常務理事	事務長	係	係	係

受付印



念 書

年 月 日 (曜日) (場所) において
(加害者) との交通事故により、(被害者) が
負傷した件に関して、健康保険法による保険給付を受けたため、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、きんでん健康保険組合が給付の価格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、損害保険会社へ医療費等の請求をする際、病名、医療費の額等が明記されている診療報酬明細書等の写を活用することに同意します。

また、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 自賠償保険に被害者請求をする場合には、必ず事前に健康保険組合に届出ること。
2. 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって健康保険組合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、かつ遅滞なく健康保険組合に届け出ること。
5. 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること

年 月 日

(被保険者)
所 属

住 所

氏 名

㊞

(被扶養者) (被扶養者が被害者の場合、被扶養者も記入願います。)

氏 名

㊞

きんでん健康保険組合

常務理事 小寺 正憲 殿

(2019.5.1)

誓約書

当事者（本人） 住 所
氏 名

当事者（相手） 住 所
氏 名

事故発生日時 年 月 日 午前・午後 時 分
事故発生場所

上記事故のため、貴組合の被保険者（当時者相手）
の被った災害に関する健康保険法に規定する保険給付費(治療費等)については、
当事者（本人）である私が過失割合に応じて、責任をもって支払うことを誓約
いたします。
尚、併せて、示談を行おうとする場合には必ず前もって、貴組合にその内容
を申し出いたします。

年 月 日

誓約者 住 所
氏 名

印

きんでん健康保険組合
常務理事 小寺 正憲 殿