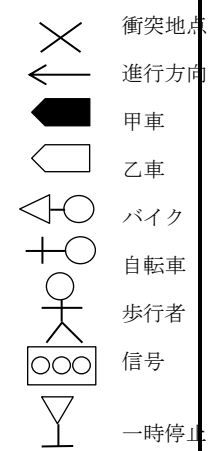


第三者行為による傷病届（自動車事故）

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	—	被 保 険 者 氏 名			
被 保 険 者 事 業 所	名 称			TEL	
対 象 者 氏 名 <small>（事故に遭われた方）</small>			続 柄	年 齢	
事故状況について	事故発生日時	年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分頃 業務時間中 ・ 通勤途上 ・ その他 ()			
	事故発生場所	都・道 府・県	区 市・郡	町 村	
	事故の種別	徒歩 ・ 自動車 ・ 同乗 ・ バイク ・ 自転車 ・ その他 ()			
	事故状況	(図示してください) <div style="float: right; text-align: right;">  <p style="font-size: small; margin: 0;">衝突地点 進行方向 甲車 乙車 バイク 自転車 歩行者 信号 一時停止</p> </div>			
	負傷原因	甲の氏名：_____ 乙の氏名：_____ (何をしている時・どのように・どうして)			
	負傷時の状況	正常・飲酒・麻薬・無免許・居眠り・速度 () kmオーバー・信号無視 前方不注意・携帯電話の使用・追い越し違反・その他 ()			
	警察の立会	あった (警察署 派出所) ・ ない			
	過失の度合	自 分	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	相 手	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10

加害者について (相手の方)	氏名			生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	住所または居	(〒 -)		TEL			
	勤務先	名称			事業内容		
		所在地	(〒 -)		TEL		
	加害者の住所・氏名が不明な時	理由					
ひき逃げ事故の場合	警察へ報告した加害者の情報(車種・性別・人数等)を記入してください ※届出後、加害者が判明した場合、手続きが一部変更となりますので、速やかに健保組合へご連絡ください						
治療費の請求先について	負担している治療費の請求先を確認していますか? はい ・ いいえ 「いいえ」の場合 理由:						
	「はい」の場合、治療費の請求先を下記へ記入してください						
	自賠責保険へ請求の場合	保険会社名称			証書番号		
		所在地	(〒 -)				
		保険契約期間	年 月 日 ~		年 月 日		
		契約者	(フリガナ)氏名			TEL	
			住所				
		保有者	(フリガナ)氏名			TEL	
	住所						
	取扱窓口	名称			(フリガナ)担当者		
		住所			TEL		
	任意保険(対人)へ請求の場合	保険会社名称			証書番号		
所在地		(〒 -)					
保険契約期間		年 月 日 ~		年 月 日			
契約者		(フリガナ)氏名			TEL		
		住所					
保有者		(フリガナ)氏名			TEL		
	住所						
取扱窓口	名称			(フリガナ)担当者			
	住所			TEL			

示談および補償等の請求について	示談状況	交渉中 ・ 成立している（ 年 月 日）※示談明細書添付			
	加害者に対する請求状況	<ul style="list-style-type: none"> 請求していない 請求した（治療費 円、休業補償 円、その他 円） 			
	加害者から補償等を受けた時	補償等の種類	加害者からの直接賠償 ・ 保険会社からの賠償		
		治療費（入院含む）	円	葬祭費	円
		休業補償費	年 月 日 ~ 年 月 日 1日につき 円 日分 合計		
		慰謝料	円	見舞金	円
		障害補償費	円	その他	円
合計	円				
受領方法および受領日	<ul style="list-style-type: none"> 全額 年 月 日受領 分割 第1回 年 月 日受領 第2回 年 月 日受領 第3回 年 月 日受領 				
治療状況について（その1）	診療を受けた医療機関名				
	傷病名				
	治療開始日	年 月 日 ~ 年 月 日 入院 ・ 外来			
	支払方法	健康保険 ・ 自費 ・ 加害者負担 ・ その他（ ）			
	現在の治療状況	入院中 ・ 通院中 ・ 治癒 ・ 中止			
	後遺症	残った ・ 残る見込み ・ 残らない ・ わからない			
治療状況について（その2）	診療を受けた医療機関名				
	傷病名				
	治療開始日	年 月 日 ~ 年 月 日 入院 ・ 外来			
	支払方法	健康保険 ・ 自費 ・ 加害者負担 ・ その他（ ）			
	現在の治療状況	入院中 ・ 通院中 ・ 治癒 ・ 中止			
	後遺症	残った ・ 残る見込み ・ 残らない ・ わからない			
署名	上記の通り、事実に基づき報告いたします。 令和 年 月 日				
	海空運健康保険組合 理事長 殿 被保険者 住所 TEL 氏名				

(受付印)

㊞

(注) 交通事故証明書(保険会社原本証明でも可)・診断書(写)を添付してください
 治療状況が複数になる場合、コピーのうえ、記入してください
 業務・通勤途上中の負傷は労災保険が適用され、健康保険は使えません

海空運健康保険組合 御中

誓 約 書

下記の事故により貴組合の被保険者または被扶養者の被った傷病の治療費を一旦、貴組合で立て替えて頂きたく、この書面をもってお願い致します。

なお、立て替えて頂いた治療費は、当事者間の過失割合により、当方の過失相応分について責任をもって全額支払うこととし、貴組合からの求償に応ずることを誓約致します。

また、次の事項も厳守致します。

1. 示談を行う場合は、必ず前もって貴組合に申し出る。
2. 相手方の治療状況（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。

記

事故発生年月日 : 年 月 日 ()

事故発生場所 :

加害者の氏名 :

被害者の氏名 :

以上

[個人の場合]

住 所 〒

TEL

誓 約 者
氏 名

印

(当事者が未成年の時は親権者)

[損害賠償責任保険等の場合]

住 所 〒

TEL

誓 約 者
会社名称

印

担当者名

海空運健康保険組合 御中

念 書

下記の事故により被保険者または被扶養者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 条第 1 項の規定によって、海空運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無いことをここに書面をもって申し立てます。

また、海空運健康保険組合が請求権を行使するために、診療報酬明細書等の写しを保険会社等へ提供することに同意します。

なお、次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行う場合は、必ず前もって海空運健康保険組合に申し出ること。
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時は、受領年月日・内容・金額（評価額）を漏れなく、かつ遅滞なく海空運健康保険組合に申し出ること。
4. 自動車損害賠償責任保険に被害者請求する時は、海空運健康保険組合に申し出ること。

記

事故発生年月日 : 年 月 日 ()

事故発生場所 :

加害者の氏名 :

被害者の氏名 :

以上

住 所 〒

TEL

被保険者
氏 名

印