

負傷届 (第三者によるもの)

その1

負傷者	被健康保険証		被保険者氏名	Ⓜ				
	記号・番号		住所	☎				
	勤務先の名称				職種：			
	所在地				☎			
	負傷者が扶養者であるとき	氏名	続柄：		生年月日	昭・平・令	年	月

加害者	加害者氏名		生年月日	昭・平	年	月	日生
	住所	☎					
	勤務先名称					職種：	
	所在地						☎
	自動車保有者	氏名	住所		☎		
	加害者が不明なときはその理由						

事故内容	負傷年月日	令和	年	月	日	午前・午後	時頃	
	発生場所							
	種別	自動車・自動二輪車・自転車・その他()						
	警察の届出	届出済み・届出なし	所轄	警察署				派出所
	事故証明書	あり・なし	警察の立会	あった・ない・ないが届出済				
	目撃者(あった場合)			過失の度合(自分の判断)				
	氏名			自分がなんぶ		相手がなんぶ		
	住所			0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10		0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10		
	事故の結果	即死・入院後死亡・入院中死亡(死亡日 年 月 日)・治癒						

治療状況	傷病名		令和	年	月	日現在	入院中・通院中		
	治療見込	令和	年	月	日から約	ヶ月	後遺症	残る・残らない	
	医療機関名	診療期間				支払方法			
	☎	入院：	年	月	日～	年	月	日	健康保険・自費
		通院：	年	月	日～	年	月	日	加害者負担・その他
	☎	入院：	年	月	日～	年	月	日	健康保険・自費
通院：		年	月	日～	年	月	日	加害者負担・その他	
☎	入院：	年	月	日～	年	月	日	健康保険・自費	
	通院：	年	月	日～	年	月	日	加害者負担・その他	

負傷当日平成 年 月 日は、欠勤・出勤・早退しております。従って当日の賃金は、全額 () 円 無支給であることを証明します。

事業所所在地名称

Ⓜ

加害者の自動車保険加入状況	自動車損害賠償責任保険	加入している 加入していない	契約期間	自平成・令和 年 月 日 至平成・令和 年 月 日
	契約保険会社 名称・所在地	名称 所在地	担当者： ☎	
	保険加入証明記号番号： 第 号			
	保険契約者 氏名・住所	氏名 住所	加害者との関係： ☎	
	種 別		車台番号	第 号
			登録番号	第 号
	任意保険	加入している 加入していない	契約期間	自平成・令和 年 月 日 至平成・令和 年 月 日
	契約保険会社 名称・所在地	名称 所在地	担当者： ☎	
保険加入証明記号番号： 第 号				
保険契約者 氏名・住所	氏名 住所	加害者との関係： ☎		

損害賠償受領状況	加害者に対し賠償金請求		済・未	賠償金受領	済・未	
	賠償金の内訳		受領方法			
	種別	金額 (円)	金額：	円 平成 年 月 日受領		
	医療費		分割 () 回払	第1回	円 令和 年 月受領	
	慰謝料			第2回	円 令和 年 月受領	
	葬祭費			第3回	円 令和 年 月受領	
	休業補償			第4回	円 令和 年 月受領	
計		未払の場合	調停・和解・督促手続・差押・その他 ()			

示談状況	①令和 年 月 日示談成立 ☆示談が成立している場合は、示談書の写しを添付して下さい。
	②令和 年 月 日現在 交渉中・成立していない 状況及び理由：
	③令和 年 月 日請求権を放棄 放棄した理由：

この届に添えて提出する書類	① 交通事故証明書 自動車安全運転センターの発行する本紙 ② 事故状況発生報告書 ③ 診断書 ④ 念書 ⑤ 誓約書 ⑥ 示談しているときは、示談書の写し
---------------	---

* 上記届書に記入していただきました事項は、負傷原因調査以外の目的には利用いたしません

念 書

令和 年 月 日、 において、 の
不法行為により の被った保険事故について、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
条の規定によって貴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、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、当組合が医療機関等に治療内容等の問合
せを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. 加害者と示談を行おうとする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年月日、内容、金額（評価額）
をもれなく、かつ、遅延なく貴職に届出ること。

令和 年 月 日

〒
住所

被保険者名

印

被扶養者名

印

〔※被扶養者が受けた事故であるときは〕
連名でご記入ください。〕

兼松連合健康保険組合理事長 様

誓約書

事故日

発生場所

令和 年 月 日 () において

発生した第三者行為事故により受傷された () 殿の医療費につきましては、貴組合の立替給付を煩したくお願い申し上げます。

本件に関し兼松連合健康保険組合が給付されました医療費、その他の給付等につきましては、後日貴組合からの請求に基づき指示通り速やかに支払い、貴組合にはご迷惑をおかけしないことを保証人連名のうえ誓約いたします。

令和 年 月 日

〒
住所
加害者
氏名

印

〒
住所
連帯保証人
氏名

印

兼松連合健康保険組合理事長 様