

第三者行為による傷病届(交通事故)

記入例

提出日 平成 27 年 4 月 1 日

保険証の 記号番号	記号	99	番号	99999	被保険者氏名	健保 太郎		(印) 健康シロチハ可			
会社名	(株)〇〇商事			所属	営業部〇〇課						
連絡先	自宅TEL(	03	1111	-	1234	携帯TEL(	090	1234	-	5678	
事故にあった人	氏名	健保 太郎		続柄	本人		生年月日	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 40年 5月 5日			
事故発生日時	平成	27	年	3	月	2	日	<input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 10時 50分 頃			
事故発生場所	東京 (都)道・府・県 ××市の〇〇町南交差点										
事故の形態	当方	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> オートバイ <input type="checkbox"/> 乗用車 <input type="checkbox"/> 同乗 <input checked="" type="checkbox"/> その他( 自転車 )									
	相手	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input checked="" type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> オートバイ <input type="checkbox"/> 乗用車 <input type="checkbox"/> その他( )									
事故発生時	<input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input checked="" type="checkbox"/> その他( 買い物から帰る途中 )										
届出警察署	△△ 警察署										
受診した 医療機関	名称	〇〇整形外科				TEL	( 03 ) XX - XXXX				
	住所	東京 (都)道・府・県 △△市〇〇町×-×-××									
病院窓口での負担	<input type="checkbox"/> 相手方(保険会社)負担 <input checked="" type="checkbox"/> 本人負担 <input type="checkbox"/> その他( )										
当方の任意保険	人身傷害保険を <input checked="" type="checkbox"/> 使用した・する <input type="checkbox"/> 使用しない										
	保険契約者	氏名	健保 太郎				TEL	03-1111-1234			
		住所	東京都△△市〇〇町〇-〇-〇〇								
	保険会社	名称	〇●損害保険(株)				担当者	損保 一郎			
		住所	東京都△△市▲▲町△-△				TEL	03-9999-9999			
証書番号	第 11-9876542 号										
事故相手	運転者	氏名					住所				
	車両所有者	氏名					住所				
相手方の 自賠責保険	保険契約者	氏名					住所				
	保険会社	名称	相手方、相手方の保険会社に聞いて書く、 または書いてもらってください				TEL				
	証書番号										
相手方の 任意保険	保険契約者	氏名					住所				
	保険会社	名称					担当者				
		住所					TEL				
証書番号											

【注意事項】

- 健康保険を使用する場合は(使用したときは直ちに)、健保組合に連絡してください。連絡がない場合は健康保険の使用を不許可とします。
- 本紙とともに、念書、事故発生状況報告書、交通事故証明書を提出してください。
- 記入はボールペンで、書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。

健保 記入 欄	制限条項	<input type="checkbox"/> 第57条(第三者行為) <input type="checkbox"/> 第116条(故意) <input type="checkbox"/> 第117条(不行跡)				
	給付制限	付加金	医療費	傷病手当金	その他	
	求償請求	<input type="checkbox"/> 請求権なし <input type="checkbox"/> 免除 <input type="checkbox"/> 放棄 <input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> その他( )				
	請求方法	<input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> 任意一括 <input type="checkbox"/> その他( )				
決 裁	常務理事	事務長	課長	担当	健保受付印	

イオン 健康保険組合



## 念書（被保険者用）

平成 27 年 3 月 1 日、(事故発生場所) 東京都▲▲市〇〇町の××付近の交差点 における相手方(氏名) 損保 次郎 との事故により、当方(被保険者・被扶養者氏名) 健保 太郎 の被った保険事故について健康保険法による給付を受けた場合は、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を、健康保険法に基づき貴健康保険組合が取得行使しかつ賠償金を受領することに異議がないことを、ここに書面をもって誓約します。

なおおわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 相手方および当方が自動車損害賠償責任保険ならびに各種損害保険へ請求するときは、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。
2. 相手方と示談を行おうとする場合は、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。
3. 相手方に白紙の委任状を渡さない。
4. 自賠責保険に対して被害者請求をする際は貴健康保険組合に事前連絡をする。また相手方から金品を受領した際は、受領年月日、内容、金額(評価額)をもれなく、かつ延滞なく貴健康保険組合に申し出る。
5. 貴健康保険組合が保険会社等から 4 の情報の提供を受けることに同意する。
6. 当方が加入している損害保険関係資料を貴健康保険組合が開示請求することに同意する。
7. 健康保険法に違反する事実が後日判明したときは、遅滞なく治療費の返還に応じる。
8. 個人情報の取扱いについて、貴健康保険組合が今回の事故について、業務遂行上必要な範囲で保険会社等から情報を受けまた情報を提供することについて同意する。
9. 治療完了の際は完了日を貴健康保険組合担当者に報告する。

平成 27 年 5 月 10 日

被保険者(被扶養者)

住所 東京都▲▲市〇〇町 1-1

氏名 健保 太郎 (印)

(被扶養者が未成年者の場合)

住所 東京都▲▲市〇〇町 1-1

氏名 健保 太郎

親権者 健保 一郎 (印)

被扶養者が未成年の場合は、こちらにご記入いただき、親権者の方の署名・捺印をお願いいたします。

## 念書（相手方用）

平成 26年 5月 5日、(事故発生場所) 東京都▲▲市〇〇町の××付近の交差点 において  
私(当事者甲氏名) 損保 次郎 と貴健保組合被保険者・被扶養者(当事者乙氏名) 健保 太郎 と  
の間に発生した保険事故による被保険者・被扶養者の損害について、健康保険法による給付が発生した場合、健康  
保険法に基づき貴健保組合より求償されたときには直ちにお支払いいたします。

なお合わせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 自動車損害賠償責任保険ならびに各種損害保険へ請求するときは、事前に貴健保組合にその旨を報告する。
2. 貴健保組合被保険者・被扶養者等と示談を行おうとする場合は、事前に貴健保組合にその旨を報告する。
3. 私が加入している・取得できる損害保険関係資料を貴健保組合が開示請求することに同意する。

平成 27年 5月 10日

当事者甲

住所 〇〇県〇〇市××町 5-6

氏名 損保 次郎

①

当事者甲が未成年の場合は親権者等

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ② (当事者甲との関係):

保証人(当事者甲と生計を独立維持する人。保険会社も可)

住所 〇〇県〇〇市△△町 7-8

氏名 ●●損害保険会社 担当:保険

③

# 第三者行為による傷病届(交通事故)

記入例

提出日 平成 27 年 4 月 1 日

保険証の 記号番号	記号	99	番号	99999	被保険者氏名	健保 太郎								
会社名	(株)〇〇商事			所属	営業部〇〇課									
連絡先	自宅TEL(	03	)	1111	-	1234	携帯TEL(	090	)	1234	-	5678		
事故にあった人	氏名	健保 太郎		続柄	本人		生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	40	年	5	月	5	日
事故発生日時	平成	27	年	3	月	2	日	<input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	10	時	50	分	頃	
事故発生場所	東京 (都)道・府・県 ××市の〇〇町南交差点													
事故の形態	当方	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> オートバイ <input type="checkbox"/> 乗用車 <input type="checkbox"/> 同乗 <input checked="" type="checkbox"/> その他( 自転車 )												
	相手	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input checked="" type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> オートバイ <input type="checkbox"/> 乗用車 <input type="checkbox"/> その他( )												
事故発生時	<input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> その他( 買い物から帰る途中 )													
届出警察署	△△ 警察署													
受診した 医療機関	名称	〇〇整形外科					TEL	( 03 ) XX - XXXX						
	住所	東京 (都)道・府・県 △△市□□町×-×-××												
病院窓口での負担	<input type="checkbox"/> 相手方(保険会社)負担 <input checked="" type="checkbox"/> 本人負担 <input type="checkbox"/> その他( )													
当方の任意保険	人身傷害保険を <input checked="" type="checkbox"/> 使用した・する <input type="checkbox"/> 使用しない													
	保険契約者	氏名	健保 太郎				TEL	03-1111-1234						
		住所	東京都△△市□□町〇-〇-〇〇											
	保険会社	名称	〇●損害保険㈱				担当者	損保 一郎						
		住所	東京都△△市▲▲町△-△				TEL	03-9999-9999						
	証書番号	第 11-9876542 号												
事故相手	運転者	氏名					住所					TEL		
	車両所有者	氏名					住所					TEL		
	保険契約者	氏名					住所					TEL		
相手方の 自賠償保険	保険会社	名称					担当者							
		住所					TEL							
	証書番号													
相手方の 任意保険	保険契約者	氏名					住所					TEL		
	保険会社	名称					担当者							
		住所					TEL							
	証書番号													

【注意事項】

- 健康保険を使用する場合は(使用したときは直ちに)、健保組合に連絡してください。連絡がない場合は健康保険の使用を不許可とします。
- 本紙とともに、念書、事故発生状況報告書、交通事故証明書を提出してください。
- 記入はボールペンで、書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。

健保 記入 欄	制限条項	<input type="checkbox"/> 第57条(第三者行為) <input type="checkbox"/> 第116条(故意) <input type="checkbox"/> 第117条(不行跡)			
	給付制限	付加金	医療費	傷病手当金	その他
	求償請求	<input type="checkbox"/> 請求権なし <input type="checkbox"/> 免除 <input type="checkbox"/> 放棄 <input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> その他( )			
	請求方法	<input type="checkbox"/> 自賠償 <input type="checkbox"/> 任意一括 <input type="checkbox"/> その他( )			
決 裁	常務理事	事務長	課長	担当	健保受付印

イオン 健康保険組合