

記入でご不明な点がありましたら、
東邦ガス健保にお問い合わせください

第三者行為による傷病届

令和 ○年 ○月 ○日

届出者	被保険者氏名	東邦 太郎	被保険者証の 記号番号	10-1234
	事業所名	東邦ガス株式会社	所属	人事部人事サービスグループ
	事業所住所	名古屋市熱田区桜田町19-18 Tel 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
被害者 (受診者)	1. 被保険者本人	氏名 東邦 一郎	続柄 長男	生年月日 平成〇年 ○月 ○日
	2. 家族	住所 〇〇市〇〇町〇番地〇〇	Tel 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
事故発生	発生日時	令和 ○年 ○月 ○日 ○曜日	午前/午後 ○時 ○分頃	
	発生場所	〇〇県〇〇市〇〇町		
	事故発生の責任	1. 自損(相手方なし) 2. 当方 相手方・双方・わからない		
	事故の種類	当方 自動車・バイク・自転車・徒歩・その他() 相手方 自動車・バイク・自転車・徒歩・その他()		
加害者 (第三者)	氏名	愛知 次郎		
	住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 Tel 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
自賠責保険 (加害者)	保険会社名	三井住友海上火災保険	車両番号	愛知 あ 12-34
	保険契約者名	愛知 次郎		
	保険会社の住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 Tel 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
	自賠責番号	ABC12345	保険期間	〇年〇月〇日~〇年〇月〇日
任意保険 (加害者)	保険会社名	東京海上日動火災保険		
	保険契約者名	愛知 次郎		
	保険会社の住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇		
	保険会社の担当者	損保 太郎	Tel 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	契約番号	DEF12345	保険期間	〇年〇月〇日~〇年〇月〇日
	任意対人一括の有無	有・無		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有・無	損保ジャパン Tel 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 損保 太郎	
治療状況	傷病名	むちうち症	治療開始日	令和〇年〇月〇日
	診療機関名	〇〇病院		
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 Tel 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

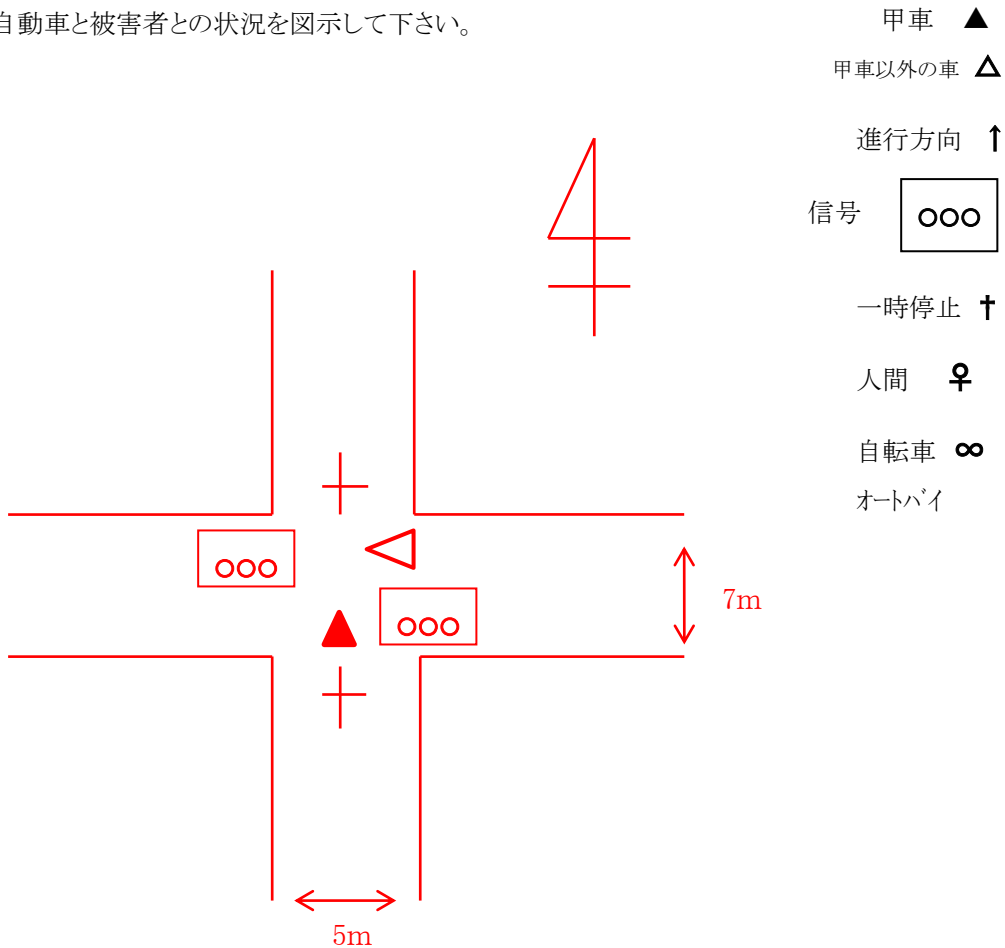
(注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。

事故発生状況報告書

甲氏名 (加害者)	東邦 一郎	乙氏名 (被害者)	愛知 次郎	運転 ・同乗・ 歩行・その他
速度	甲車 50km/h(制限速度 50km/h)、甲車以外の車 50km/h(制限速度 50km/h)			

事故発生状況略図(道路幅を m で記入して下さい)

事故現場における自動車と被害者との状況を図示して下さい。



上記図の説明を書いて下さい。

信号のある交差点で、甲は北へ直進、乙は西へ直進で入ったところ、
 出会頭で衝突した。信号は甲側で黄から赤へ変わりつつあった。

令和 ○年 ○月 ○日

報告者 甲との関係(父)

乙との関係()

氏名 東邦 太郎

印

(被保険者用)

念 書

令和 ○年 ○月 ○日、「(場所) ○○県○○市○○町」
において、「(加害者の氏名) 愛知 次郎」の不法行為により「(被害者の氏名) 東邦 一郎」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、同法第57条の規定に基づき、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を東邦ガス健康保険組合が給付の価額の限度において取得並びに行使し、かつ賠償金を受領することに異議ありません。
なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談を行う場合は、必ず前もって貴健康保険組合にその内容を申し出ます。
2. 加害者側に白紙委任状を渡しません。
3. 加害者側から金品(自動車損害賠償保険の保険金受領を含む)を受けたときは、受領年月日・内容・金額(評価額)をもれなく、かつ遅滞なく貴健康保険組合にお届けします。
4. 自動車損害賠償責任保険に被害者請求する場合には、必ず前もって貴健康保険組合にその内容を申し出ます。

令和 ○年 ○月 ○日

被保険者 住所 ○○市○○町○番地○○

氏名 東邦 太郎 (印)

東邦ガス健康保険組合理事長 殿

(相手方用)

念 書

令和○年 ○月 ○日、「(場所) ○○県○○市○○町」において、私「(当事者甲) 愛知 次郎」と健康保険被保険者・被扶養者「(当事者乙) 東邦 一郎」との間に発生した交通(人身)事故による被保険者等の損害について、健康保険法により保険給付を受けましたので、健康保険法第57条の規定により求償されたときは、直ちにお支払いいたします。

なお、あ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へ請求するときは、事前にその旨を報告します。
2. 健康保険被保険者等と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴健康保険組合にその内容を申し出ます。

令和 ○年 ○月 ○日

当事者甲 住所 ○○県○○市○○町○○

氏名 愛知 次郎



連帯債務者 住所 ○○県○○市○○町○○

氏名 愛知 花子



東邦ガス健康保険組合理事長 殿