

健康保険

第三者の行為による傷病届

本人・家族

平成 年 月 日

被害者・加害者関係	被保険者証の記号と番号	記号		氏名	① TEL		
	被保険者が登録している事業所	名称					
		所在地	TEL				
	被扶養者がうけた事故であるとき	被扶養者氏名				被保険者との続柄	
	加害者	氏名			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
		現住所					
	加害者の勤務先	名称 又は氏名				事業内容 又は職業	
		所在地 又は住所	TEL				
	加害者が判らないときはその理由						
事故内容	傷病名			発生年月日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃		
	発生の場所						
	種別	・ 自動車事故 ・ バイク ・ 自転車 による事故 ・ 殴打 ・ 刺傷 ・ その他()					
	事故結果	即死 ・ 入院直後の死亡 ・ 入院中の死亡 (死亡 年 月 日) ・ 治療					
	警察官の立会	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない					
	所轄署	警察署			派出所		
	過失の度合 (合計が10になる)	自分が何割 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10			相手が何割 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		

この届出に添えて提出する書類	自動車事故のときは	1. 自動車事故証明書 2. 診断書(写し) 3. 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書
		4. 示談をしているときは示談書の写し

*** 注意事項**

自分の過失の度合が高く、加害者であっても健保組合から見て被保険者・被扶養者は被害者となりますので加害者についてご記入いただく欄は「相手方」と読み替えてご記入ください。

事故発生状況報告書

別紙「交通事故証明書」に補足して下記のとおり報告いたします。

甲(甲車の運転者)		氏名	乙(被害者) 氏名	
速度	甲車	km/h (制限時速 km/h)	・ 運転	・ 同乗(甲車・甲車以外の車)
	甲車以外の者	km/h (制限時速 km/h)	・ 歩行	・ その他
事故発生状況を図示してください	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 70%;"> <p>事故発生状況を図示してください</p> </div> <div style="width: 25%;"> <p> 自転車  相手車  進行方向  信号  一時停止  一方通行  人間  自転車・バイク  </p> </div> </div>			
上記図の説明を書いて下さい。				

甲車以外の車について判明している場合ご記入ください。

自動車の番号	運転者氏名		TEL
保有者	住所	氏名	TEL

平成 年 月 日

報告者 { 甲との関係() 氏名 _____ (印)
 { 乙との関係()

損害賠償責任保険契約内容（相手方の車両）

1. 自動車・バイク事故の場合

		自賠責保険				任意保険(対人)					
保険会社名称											
証書番号											
保険の 契約期間		自	平成	年	月	日	自	平成	年	月	日
		至	平成	年	月	日	至	平成	年	月	日
契約者	住所	〒				TEL					
	(フリガナ) 氏名										
保有者	住所	〒				TEL					
	(フリガナ) 氏名										
取扱窓口	住所	〒				TEL					
	(フリガナ) 氏名										
自動車の種別				登録NO.				車台NO.			

2. 自動車・バイク事故以外の場合

保険会社	名称					種別					
	証書番号										
保険契約期間		自	平成	年	月	日	至	平成	年	月	日
契約者	住所	〒				TEL					
	(フリガナ) 氏名										
取扱窓口	住所	〒				TEL					
	名称				(フリガナ) 氏名						

任意一括払いで ある ない

誓約書 (加害者記入)

平成 年 月 日(場所) _____ で発生した

事故により、(相手) _____ が被った傷病の治療費を

一旦、貴組合で立替えていただきたく、この書面をもってお願いいたします。

なお、立て替えていただいた治療費は、当事者間の過失割合により、当方の過失相当分について、

貴組合からの求償に応ずることを誓約いたします。

また、併せて次の事項も厳守いたします。

1. 相手方と示談するときは、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。

以上

KDDI健康保険組合 理事長殿

平成 年 月 日

加害者本人の

誓約書

〒

所在地

氏名

印

TEL

(当事者が未成年のときは親権者)

損害賠償責任保険等で賠償するとき。

平成 年 月 日

(別紙に契約内容も記入)

損害保険会社等の

誓約書

〒

所在地

名称

担当者氏名

印 TEL

念 書

(被害者用)

平成 年 月 日、(場所) _____ において
(加害者名) _____ の不法行為により、(被害者名) _____ が

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権を健康保険法第57条1項の規定によってKDDI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がないことをここに書面を
もって申し立てます。

なお、KDDI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. 加害者と示談する場合は、必ず前もって貴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KDDI健康保険組合に届出ること。

平成 年 月 日

住所

氏名

印

TEL

〒102-8460

東京都千代田区飯田橋3-10-10

KDDI健康保険組合 理事長殿

様式交6