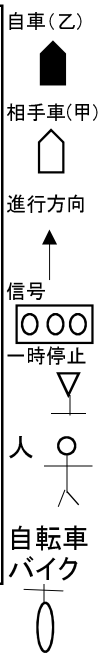
第三者の行為による傷病届

<table>
<tr><th colspan="3">項　目</th><th colspan="3">内　容</th></tr>
<tr><td rowspan="3">届出者（被保険者名等）</td><td colspan="2">被保険者　記号･番号/保険者名</td><td>被保険者　記号･番号</td><td colspan="2">保険者名
日油健康保険組合</td></tr>
<tr><td rowspan="2">届者情報
被保険者情報</td><td>氏 名 / 生 年 月 日</td><td colspan="2">ふりがな
氏　名</td><td>生年月日
年　月　日</td></tr>
<tr><td>住　所　/　電　話</td><td colspan="2">〒</td><td>TEL
（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">被害者（受診者）</td><td>氏　名　/　生年月日</td><td rowspan="2">届出者の情報と同じ場合はチェック
□</td><td>ふりがな
氏　名</td><td>届出者との関係</td><td>生年月日
年　月　日</td></tr>
<tr><td>住　所　/　電　話</td><td colspan="2">〒</td><td>TEL
（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">加害者（第三者）</td><td colspan="2">氏　名</td><td colspan="3">ふりがな
氏　名</td></tr>
<tr><td colspan="2">住所　/　電話</td><td colspan="2">〒</td><td>TEL
（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">事故発生状況</td><td colspan="2">事故発生日</td><td colspan="3">年　月　日　午前　/　午後　時　分頃</td></tr>
<tr><td colspan="2">事故発生場所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">労災保険対象の確認</td><td colspan="3">本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。
（※事故発生状況報告書･被害者の負傷状況欄で確認し、チェック）　□</td></tr>
<tr><td rowspan="3">自賠責保険（加害者）</td><td colspan="2">保険会社名　/　保険契約者名</td><td colspan="2">保険会社名</td><td>ふりがな
氏　名</td></tr>
<tr><td colspan="2">登録番号　/　車台番号</td><td colspan="2">登録番号</td><td>車台番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">保険期間　/　自賠責証明番号</td><td colspan="2">保険期間
年　月　日 ～　年　月　日</td><td>自賠責証明書番号
第　　号</td></tr>
<tr><td rowspan="7">任意保険（加害者）</td><td colspan="2">保険会社名　/　担当部署</td><td colspan="2">保険会社名</td><td>担当部署</td></tr>
<tr><td colspan="2">取扱店所在地　/　電話</td><td colspan="2">〒</td><td>TEL
（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">担当者名　/　E-mail</td><td colspan="2">ふりがな
氏　名</td><td>E-mail</td></tr>
<tr><td colspan="2">保険契約者名</td><td colspan="3">ふりがな
氏　名</td></tr>
<tr><td colspan="2">住所</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td colspan="2">保険期間　/　契約番号</td><td colspan="2">保険期間
年　月　日 ～　年　月　日</td><td>契約番号
第　　号</td></tr>
<tr><td colspan="2">任意対人一括の有無</td><td colspan="3">有　／　無</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">被害者加入の保険会社の関与</td><td rowspan="2">関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入
有□　無□</td><td colspan="2">保険会社名</td><td>担当部署</td></tr>
<tr><td colspan="2">担当者氏名</td><td>TEL
（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="6">治療状況</td><td colspan="2" rowspan="6">診療機関名　/　入院　/　治療期間
住　所　/　電話番号
※　治療終了日（見込み）については可能な範囲でご記入ください。</td><td>①診療機関名</td><td>入　院
有　/　無</td><td>治療開始　年　月　日
※治療終了（見込み）　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">〒</td><td>TEL
（　　）</td></tr>
<tr><td>②診療機関名</td><td>入　院
有　/　無</td><td>治療開始　年　月　日
※治療終了（見込み）　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">〒</td><td>TEL
（　　）</td></tr>
<tr><td>③診療機関名</td><td>入　院
有　/　無</td><td>治療開始　年　月　日
※治療終了（見込み）　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">〒</td><td>TEL
（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">傷病届作成日　/　作成支援の有無</td><td>年　月　日</td><td>本届書を損害保険会社等（業務委託先を含む）の支援を受けて作成した場合</td><td>チェック
□</td></tr>
</table>

（注）本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に**「保険」**を**「共済」**と読み替えてその内容をご記入ください。

事 故 発 生 状 況 報 告 書

事故証明書番号	第　　　　　　号	当事者	甲（加害者）	氏名	
自動車の登録番号			乙（被害者）	氏名	運転・同乗・歩行・その他
天候	晴・曇・雨・雪・霧・（　　）	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
道路状況	舗装: してある ・ していない　歩道: ある ・ ない　道路の見通し: よい ・ 悪い 中央線: ある ・ ない　道路の状況: 直線 ・ カーブ ・ 平坦 ・ 坂 ・ 積雪路 ・ 凍結路				
信号又は標識	信号: ある ・ ない　自車側信号:（ 青 ・赤 ・黄 ）　相手側信号（ 青 ・赤 ・黄 ） 駐停車禁止: されている ・ されていない　その他標識:（　　　　）				
速度	甲車両　　km/h（制限速度　　km/h）　乙車両　　km/h　（制限速度　　km/h）				
事故現場状況図	（右の記号を使用し、乙の立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はm単位で記入してください。）				
事故発生の状況説明					



被害者の負傷状況		
	日	□ 出勤日　□ 休日（定休日・休暇を含む）　□ その他（　　　）
	時間帯	□ 勤務時間中　□ 通勤途上　□ 出張中　□ 私用　□ その他（　　　）
	場所	□ 会社内　□ 道路上　□ 自宅　□ その他（　　　）
	労災特別加入 ※	（被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入）　□ 加入有　□ 加入無

※ 社長・役員等の経営者が加入する労災保険

上記内容に間違いありません。

署名または記名・押印

年　　月　　日　　　届出者(被保険者)

㊞

（注） 本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面をもって本書の代わりとすることも可能です。ただしその場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名・押印をしてもらってください。

日油健康保険組合　殿

同　　意　　書

私が、加害者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して有する損害賠償請求権は、法令（注1）により、貴健康保険組合が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、次の事項に同意します。

1　健康保険組合が損害賠償額の支払いの請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付すること。

2　私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領した時は、健康保険組合が受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその内容について情報提供を受けること。

3　健康保険組合が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。

4　健康保険組合が保険給付又は損害賠償の支払いの請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その内容について情報を提供しまた受けること。

＊（上記事項の「健康保険組合」には健康保険組合が委託する事業者を含む）

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

1　加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。

2　加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。

3　加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなくすみやかに届け出ること。

4　治療が完了した場合には、治療終了報告書を提出または、治療完了日を報告すること。

年　　月　　日

被保険者
住　所
氏　名　　　　　　　　　　㊞　署名又は記名押印

被扶養者
住　所
氏　名　　　　　　　　　　㊞　署名又は記名押印

（注1）　根拠法令　健康保険法　第57条

＊【委託先事業者】
ガリバー・インターナショナル株式会社　　求償課
〒103-0025　東京都中央区日本橋茅場町3丁目4番2号　　℡　03-3527-3728