

健康保険第三者の行為による傷病届

三菱 UFJ ニコス健康保険組合理事長 殿

健康保険法施行規則第65条の規定により届け出ます。

平成 年 月 日

被害者	被保険者証 の記号・番号		氏 名		印
	住 所	電話			
	勤 務 先	電話			
	負傷者氏名	続柄		年齢	
加害者	氏 名		生年月日	昭和 平成	年 月 日 年齢
	住 所	電話			
	勤 務 名 称 及 び 所 属	電話			
	所 在 地				
	加害者不明 の時の理由				
事 故 内 容	事故発生日	平成	年	月	日 午前・午後 時 分頃
	発 生 場 所	県 市			
	種 類	自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中の事故・その他 ()			
	事 故 結 果	入院・通院・即死・入院直後の死亡 (死亡 年 月 日)			
	警察官立会	あった・ない・ないが届出済・わからない			
	所 轄 署	県 署			
	過 失 割 合	自分の割合 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		相手の割合 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	
添付書類(コピー可) * 交通事故証明書 (自賠責保険のみの場合は原本添付のこと) * 診断書 * 死亡の場合は、戸籍謄本及び死亡診断書 * 示談が成立している場合は、示談書の写し ※この傷病届と添付書類を、事故発生日より1ヵ月以内に健康保険組合にご提出下さい					受 付 印

加害者の自動車保険加入状況及び示談状況

自 賠 責 保 険	契約保険会社		
	所在地及び電話番号		
	証明書番号	第	号
	契約者氏名住所電話	氏名	住所 TEL
	保有者氏名住所電話	氏名	住所 TEL
	自動車種類登録番号		
	保険期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ヶ月	
	保険契約者との関係	本人・妻・兄弟・親戚・友人・従業員・その他()	
	任意保険加入の有無	任意保険に加入 (している ・ していない)	
任 意 保 険	契約保険会社		
	所在地及び電話番号		
	担当者氏名		
	契約者氏名住所電話	氏名	住所 TEL
	保険期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ヶ月	
	保険内容	対人賠償保険 万円 ・ 無制限	搭乗者傷害 円
示 談 状 況	示談成立	平成 年 月 日 成立 (示談書の写しを添付して下さい)	
	交渉中	進行具合、内容を記入して下さい。	
	成立しない	理由を記入して下さい。	
治 療 状 況			
医 療 機 関	名 称		
	所 在 地		
治 療 開 始 日	平成 年 月 日 ~ 入院 ・ 通院		
負 傷 部 位	頭・顔・肩・胸・右手・左手・背・腰・右足・左足・その他()		
治 療 見 込	全治約 ヶ月 ・ 週間 ・ 日 (入院 ・ 通院) 治癒		

誓 約 書

三菱 UFJ ニコス健康保険組合理事長 殿

私は、平成 年 月 日（場所） において

(加害者氏名) と (被害者氏名) との

間に発生した第三者行為（交通事故等）により、被害者の被った傷病の治療について健康保険により給付を受け、健康保険法第57条の規定により求償された時は、速やかにお支払いすることを誓約致します。

平成 年 月 日

誓約者（加害者）

住 所

氏 名

①

連帯保証人（保険会社）

住 所

氏 名

①

* 誓約書を記入出来ない時は、理由を記入して下さい。

念 書

三菱 UFJ ニコス健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日 (場所) において

(加害者氏名) の不法行為により (被害者氏名) 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、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条の規定により、健康保険組合が給付の価格の限度

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、ここに書面を持って申

し立てます。

尚、合わせて次の事項について遵守する事を誓約致します。

1. 保険会社を含む加害者側と示談を締結する場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申出し、加害者側に白紙委任状を渡さないこと。
2. 保険会社を含む加害者側から金品を受けた時は、受領年月日、内容、金額(評価額)をもれなく、かつ速やかに貴組合に申出ること。
3. 貴組合が保険会社を含む加害者側に診療報酬明細書または調剤報酬明細書の写しを使用して、保険給付した金額の範囲内で請求権を行使することに同意すること。
4. 高額療養費の請求及び受領については自動支払制度を利用せず、損害賠償金額が確定した後に私が書面により請求すること。

平成 年 月 日

(被害者)
住 所(被害者)
氏 名

第三者行為事故発生状況届

平成 年 月 日

三菱 UFJ ニコス健康保険組合理事長 殿

住 所

氏 名



傷病原因について、下記の通りご報告致します。

被保険者証 の記号番号		氏 名	
被害者 氏名	続 柄		年 齢
加害者 氏名			
事故発生日時	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分 出勤途中・勤務時間中・帰宅途中・プライベートな外出 学校の登校中・下校中・その他 ()		
場 所			
原 因			
状 況			
受診した病院	県	病院	入院・通院
	県	病院	入院・通院
傷病の状況			
治療費の支払	健康保険証を提示 (した・しない) 治療費全額加害者負担・本人全額負担 その他 () 治療費用の金額 (¥)		

事 故 発 生 状 況 報 告 書

保険証明番号	第 号	当 事 者	甲 (加害者運転)			
車の登録番号			乙 (被害者)		運転・同乗 歩行・その他	
天 候	晴れ・曇り・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夕方・夜間・明け方	
道 路 状 況	舗装して(有る・無い)	歩道(両・片)	(有る・無い)	直 線 or カーブ	坂道 or 平坦	
	見通し(良い・悪い)	道路幅	m	積雪路	凍結路	
信号機標識	信号(有る・無い)	駐停車禁止されている・いない)		一時停止(有る・無い)		
速 度	甲車両	km/h (制限速度	km/h)	乙車両	km/h (制限速度	km/h)
<p>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</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 70%;"> <p>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</p> </div> <div style="width: 25%; text-align: right;"> <p>自 車 </p> <p>相手車 </p> <p>進行方向 </p> <p>信 号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人 間 </p> <p>自転車 バイク </p> </div> </div>						
<p>上記図の説明を書いて下さい。</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>						

別紙交通事故証明書に補足して、上記の通りご報告申し上げます。

平成 年 月 日

報告者 甲との関係()
乙との関係()

氏 名



*「事故発生状況報告書」を提出する場合は、この書類の記入は不用です。

事 故 発 生 の 状 況	加害者の行動及び被害者の行動をわかりやすく、詳しく記入して下さい。
事 故 現 場 の 見 取 り 図	見取り図を記入して下さい。