

第三者の行為による傷病届の提出について

自損を含む交通事故や、けんか等他人の不法行為により受傷し、医療機関等で受診するには、別添の「第三者の行為による傷病届」等を速やかに提出することとなっております。

下記の事項に留意して、速やかにご提出ください。

記

1. 捺印もれのないようにして下さい。
1. 第三者の行為による傷病届 (その1)
被保険者又は、受診者が記入して下さい。
1. 事故発生状況報告書 (その2)
被保険者又は、受診者が記入して下さい。
1. 治療状況・損害賠償について (その3)
被保険者又は、受診者が記入して下さい。
1. 念書 (その4)
被保険者と受診者が記入して下さい。
1. 診断書（事故時の診断書） (その5)
治療を受けている医療機関で記入したものを提出して下さい。
1. 自動車損害賠償責任保険及び任意保険加入状況 (その6)
相手方の加入状況を記入して下さい。
1. その他（添付書類については、主に必要とされるものを掲載しております。場合によっては、ここに記載のない添付書類が必要となることもあります）

保険証記号 5000 番未満 及び 9999 の方 電話 03-3634-0048（給付課）

〒135-8318 東京都江東区毛利2丁目6番5号

保険証記号 5000 番以上 及び 9991 の方 電話 075-255-5150（京都事務所）

〒604-8152 京都府京都市中京区手洗水町651-1

第14長谷ビル9階

印刷製本包装機械健康保険組合

健康保険

第三者の行為による傷病届

本人・家族

◎ 該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

事 故 当 事 者 関 係 事 故 内 容	被保険者証	記号	氏名	印		
	記号と番号	第 号	現住所	〒 TEL		
	日中の連絡先（平日の 9:00-17:00 の間に連絡可能な電話番号を要記入）TEL					
	被保険者が勤務している事業所	名称				
		所在地	〒 TEL			
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名			被保険者の続柄	
	相手方	氏名			生年月日	明・大 年 月 日 昭・平
		現住所	〒 TEL			
	相手方の勤務先	名称又は氏名			事業内容又は職業	
		所在地又は住所	〒 TEL			
相手方の住所氏名が判らないとき	その理由					
傷病名			発生年月日	平成 年 月 日 ()	午前・午後 時 分ごろ	
発生の場所						
種別	自動車事故・バイク事故・殴打・自転車事故・死傷・その他 ()					
業務上又は通勤途上の事故の別	どちらでもない・業務上の事故である・通勤途上の事故である					
事故結果	即死・入院直後の死亡 (死亡 平成 年 月 日)・治療 入院中の死亡					
警察官の立合	あった・ない・ないが届け出済・わからない					
所轄署	警察署				派出所	
過失の度合	自分がなんぶ		相手がなんぶ			
	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10			

この届けに添えて 提出する書類	自の動と車き事は故	1 自動車事故証明書 2 死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書
		3 示談をしているときは示談書の写

受付日付印

事故発生状況報告書

被保険者又は被扶養者 (甲)		氏名	相手方 (乙)		氏名	運転・同乗・歩行 その他(甲車以外の車)	
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
事故日及び時間							
道路状況		舗装	してある してない	歩道(両・片)	ある ない	直線・カーブ	
		平坦・坂		見通し	良い 悪い	積雪路・凍結路	
信号又は標識		信号	ある ない	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	km/h(制限速度 km/h)		甲車以外の車	km/h (制限速度 km/h)		
事故発生状況を図示して下さい	事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。)						
上記図の説明を文章で詳しく書いて下さい。	(事故を発生させた方が、必ず詳しく記入してください)						

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

令和 年 月 日

報告者 被保険者と甲との関係 被保険者
() 氏名

印

事故発生状況報告書（補足）

（事故当時の行為、心身の状況及び車両・道路の状況）

心身の状況	正常・いねむり・疲労・わき見・病気() 携帯で話中・飲酒(していた()・していない)
あなたの行為	※ 被保険者又は被扶養者が運転者であった場合に記入 直前に警笛を(鳴らした・鳴らさない) 第二当事者(相手方)を発見したのは()m手前 ブレーキを(かけた(スリップ()m)・かけない) 方向指示灯(だした・ださない) 停車線で一時停止(した・しない) ※ 被保険者又は被扶養者が歩行者であった場合に記入 ①横断中の場合 横断場所() 信号機()色で横断歩道に入った。 左右の横断確認(した・しない) 車の直前・直後を横断(した・しない) ②通行中の場合 通行場所(歩道・車道・歩車道の区別がない道路) 通行の仕方(車と同方向・対面方向)
道路状況	※ 被保険者又は被扶養者が運転者であった場合に記入 道路の幅(m)、舗装・非舗装、坂(上り・下り・緩・急)、でこぼこ・砂利道・道路欠損・工事中・凍結・その他() ※ 第一当事者(被災者)が歩行者であった場合に記入 歩車道の区別が(ある・ない)、車の交通頻繁な道路、住宅地・商店街の道路、歩行者用道路(車の通行 許・否) その他の道路()
その他	※ 被保険者又は被扶養者と相手方の行動、事故発生原因と状況を記入してください。

治療状況について

受 診 状 況	この事故で医師の 治療を受けましたか		うけた ・ うけない		
	治 療	医療機関 1	名 称		
			所在地	TEL ()	
	支 払 方 法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自 費 ・ その他 ()			
	を	(転医したとき) 医療機関 2	名 称		
			所在地	TEL ()	
	う	支 払 方 法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自 費 ・ その他 ()		
	け た	治 療 開 始	令和 年 月 日 入院 ・ 通院		
		転 帰	(令和 年 月 日現在) 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治 癒 ・ 中 止		
	と	入 院 治 療 期 間	入 院 令 和 年 月 日 ~ 令 和 年 月 日		
通 院 令 和 年 月 日 ~ 令 和 年 月 日					
き	後 遺 症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込			
	治 療 見 込	令和 年 月 日から約	日	ぐらい	

損害賠償について

損 害 賠 償 状 況	損害賠償請求	請求した ・ 請求しない			
	損害賠償請求先				
	損害賠償金を 受けた時は その内容について (金額)	治 療 費	円		
		慰 謝 料	円		
		休 業 損 害	円		
		そ の 他	円		
		合 計	円		
		受 領 日	令和 年 月 日		
	損害賠償について	示談済み ・ 示談中 ・ 示談未済 ・ その他			
	示 談 成 立	令和 年 月 日	(示談書の写しを添付して ください。)		

念書兼同意書

令和 年 月 日、(相手方氏名) の不法行為により
(受診者氏名) 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条の規定によって印刷製本包装機械健康保険組合が保険給付の価額の限度において
取得行使し、損害賠償金を受領することに異議のないことを、ここに書面をもって申
し立てます。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

1. 加害者と示談を行う場合は、必ず貴組合に事前にその内容を申し出ること。

※申し出ずに示談をした場合は、損害賠償の限度において給付制限を了承します。

2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。

3. 加害者から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額をもれなく、かつ遅
滞なく貴組合に届け出ること。(※1と同様示談とみなされること。)

4. 加害者より、保険診療と同一の治療に対して損害賠償を受けた時は、貴組合か
らの請求に基づき保険診療に要した費用の範囲の額を返納すること。

5. 自賠責保険に被害者請求する場合は、必ず、事前に貴組合にその内容を申し出
て了承を得ること。

6. 私が、加害者(損害保険会社等)に損害賠償請求する場合は、予め貴組合に申
し出て了承を得ること。

なお、貴組合が損害賠償請求権の行使に必要な、私(本人または被扶養者)の
情報を第三者(加害者・損害保険会社・医療機関等)に照会若しくは提示する
ことに同意します。

印刷製本包装機械健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者 住 所

氏 名

㊞

代理人氏名(続柄:)

㊞

被保険者が署名捺印できない時は、その理由及び身分関係を明らかにし、署名欄に
代理人氏名を追記してください。

診 断 書

傷病者	住所				
氏名	男女	昭和 平成 令和	年	月	日生 (歳)

病名及び態様

後遺障害の有無について						有り・無し・未定
(次の不要のものを抹消して下さい。なお、下記注を参照のこと)						
入院治療	日間					令和 年 月 日
自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日				を要す	治療継続中
通院治療	日間 (内治療 実日数 日)					治癒見込
自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日				を要す	治 癒

上記の通り診断致します。

令和 年 月 日

所在地

名称

医師氏名



注 1. 後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社並びに査定事務所に備付けてあります。）をご作成願います

2. この診断書は自動車賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用下さい。
なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

相手方の自動車損害賠償責任保険及び任意保険加入状況

自 賠 責 保 險 関 係	保 險 契 約 者	氏 名	
		住 所	
	証 明 書 番 号		
	保 險 契 約 期 間	自 令 和 年 月 日 至 令 和 年 月 日	
こ の 事 故 の 取 扱 い 保 險 会 社	保 險 会 社		
	支 店 名		
	所 在 地		
	電 話 番 号		
任 意 保 險 関 係	保 險 契 約 者	氏 名	
		住 所	
	証 明 書 番 号		
	保 險 契 約 期 間	自 令 和 年 月 日 至 令 和 年 月 日	
こ の 事 故 の 取 扱 い 保 險 会 社	保 險 会 社		
	支 店 名		
	所 在 地		
	電 話 番 号		
今 回 の 事 故 の 交 渉 窓 口	保 險 会 社		
	所 在 地	〒	
	担 当 者	TEL	