受付番号	

常務理事	事務長	係

受付印

第三者行為による傷病届

（健康保険法施行規則第６５条に基づく）

負傷者	被保険者	記号		氏名		生年月日	昭 和 平 成 年 月 日		
		番号							
		住所			電話	（ ） ―			
	負傷者が被扶養者の場合	ふりがな 氏名		生年月日	昭 和 平 成 年 月 日	被保険者との続柄			

負傷の状況	負傷年月日	令和 年 月 日（ 曜日） 午前 午後 時 分（頃）		
	発生場所			
	傷 病 名		入院	令和 年 月 日診療開始
			通院	令和 年 月 日診療開始
	負傷又は事故原因及び概況（詳しく記入して下さい）			

診療医療機関	名称		住所	
			電話	（ ） ―
	名称		住所	
			電話	（ ） ―

医療費の支払方法	自費・その他（支払者 ）・健康保険診療 令和 年 月 日より		
警察署への届出	済 ・ 未 ・ 無し	所轄署	警察署

令和 年 月 日

被保険者 氏名

<table>
<tr><td rowspan="15">相手方について</td><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>電話</td><td>（　　）
－</td></tr>
<tr><td>勤務先</td><td colspan="2"></td><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>電話</td><td>（　　）
－</td></tr>
<tr><td rowspan="13">自動車事故の場合</td><td rowspan="3">自賠責保険</td><td>加　入
未加入</td><td>契約期間</td><td>自　令和　年　月　日
至　令和　年　月　日</td><td>証書番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>会社名称</td><td></td><td>担当者名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>電話</td><td>（　　）
－</td></tr>
<tr><td rowspan="3">任意保険</td><td>加　入
未加入</td><td>契約期間</td><td>自　令和　年　月　日
至　令和　年　月　日</td><td>証書番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>会社名称</td><td></td><td>担当者名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>電話</td><td>（　　）
－</td></tr>
<tr><td colspan="2">自動車保険契約者</td><td></td><td>自動車保有者</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">保険契約と相手者の関係</td><td colspan="5">本人 ・ 親族 ・ 従業員 ・ 友人 ・ その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">自動車の</td><td rowspan="2">種別</td><td rowspan="2"></td><td>登録番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>車台番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">相手者が不明の場合その理由</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">損害賠償請求の意志</td><td colspan="5">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

（注）自動車事故の際は

交通事故証明書・診断書・事故発生状況報告・念書（兼 同意書）・誓約書等を添付して下さい。

（注意）事故発生の状況、事故現場の見取図について該当欄に書ききれない場合は、別紙に記入のうえ添付して下さい。

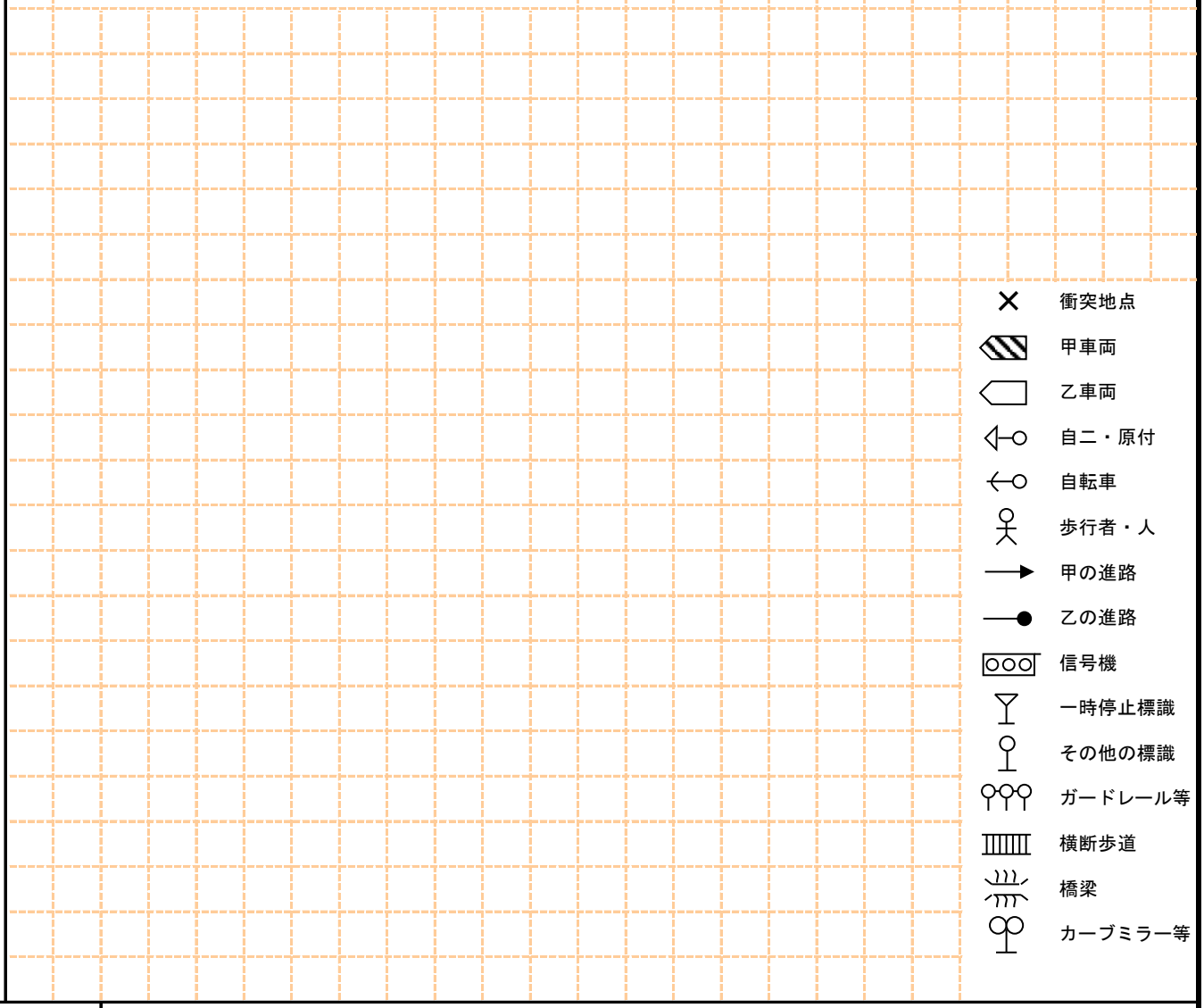
事故発生状況報告書

（注）　（　　）事項は、おおよその数値を記載または該当するものを〇で囲んでください。

甲（相手方） 氏　　名		乙（当方） 氏　　名		運　転 同乗（甲車　・　甲車以外の車） 歩行　・　その他
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）	
道路状況	見通し（良い　・　悪い）	道路幅	甲車側（　　m）、甲車以外の車側（　　m）	
信号または標識	信号（有り、無し）　一時停止標識（有り、無し）　その他の標識（　　）			

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で記入して下さい）



上記図の説明を書いてください	

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおり報告いたします。

令和　　年　　月　　日

報告者　甲との関係（　　）

乙との関係（　　）　　氏名　　印

念書（兼 同意書）

令和　　年　　月　　日、（　　）において、相手方（　　）の不法行為により当方（　　）が被った保険事故について、健康保険法による給付を受けた場合は、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を同法第５７条の規定によって、近畿日本鉄道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のないことをここに書面をもって申し立て、あわせて次の事項を遵守することを誓約・同意します。

記

１．相手方と示談を行う場合は必ず事前に健康保険組合にその内容を申し出ること。

２．相手方に白紙委任状を渡さないこと。

３．相手方から金品を受領したときは、その受領年月日、内容、金額をもれなくかつ遅滞なく健康保険組合に届け出ること。

４．健康保険組合が加害者（損害保険会社）へ損害賠償請求をする際に必要な「事故発生状況報告書」「診療報酬明細書」「交通事故証明書」を提供すること。

５．当該の第三者行為事故について、損害賠償請求に関して必要な情報（過失割合・症状固定日等）を加害者が加入する損害保険会社より情報の提供を受けること。

６．この念書（兼 同意書）を保険会社へ提供すること。

令和　　年　　月　　日

近畿日本鉄道健康保険組合理事長 殿

被保険者

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

誓　　約　　書

令和　　年　　月　　日発生した第三者行為のため貴健保組合加入者が被った傷病に関する健康保険法に規定する保険給付費（治療費・傷病手当金等）については、私の過失割合に応じた賠償金を貴健保組合に支払うことを誓約いたします。

記

令和　　年　　月　　日

支払義務者　　郵便番号　　－

住　　所

名　　称　　印

または

損害保険会社

郵便番号　　－

住　　所

名　　称

担当者名　　印

電話番号　（　　）　　－

近畿日本鉄道健康保険組合理事長　殿

備　考