

常務理事	事務長	課 長	係 長	主 任	係

第三者の行為による傷病届

整理番号

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	記号	番号	被保険者 氏 名				
事 業 所 名 称			住 所	TEL			
負 傷 年 月 日 及 び 時 間	令和	年	月	日 (曜日)	午 前 午 後	時	分 頃
負 傷 の 場 所							
負 傷 の 詳 細 (何の用務で何を しにゆくとき、 どうして負傷し たか具体的に)	○でかこんで下さい 1. 出勤途中 2. 帰宅途中 3. 会社の用務で 4. 私用で 5. その他						
被 害 者 氏 名	(才) TEL				被扶養者の場合はその続柄		
加 害 者 氏 名 及 び 年 令	(才)		加害者の住所	TEL			
勤 務 先 の 名 称			勤務先の住所	TEL			
加害者に対して 損害賠償請求の 有無	1. 有	2. の 場 合 そ の 理 由	保険会社又は 加害者からの 賠償の内容、 金 額 お よ び 受 領 年 月 日				
自 動 車 事 故 の 場 合	自動車保有者の 氏名又は会社名			住 所	TEL		
	保 險 契 約 者 の 氏名又は会社名			住 所	TEL		
	保 險 契 約 会 社 名 称			保 險 証 明 書 番 号			
	保 險 期 間	. . . ~ . . .		自動車 の種別			車体 番号
	加害者と保有者が別人 であるときはその関係	従業員・親族・友人・その他 ()		事故届出警察署	警察署		
診 療 を 受 け た 病 院 、 診 療 所 医 院 の 名 称 お よ び 所 在 地	病院名		初 診 年 月 日		令和 年 月 日		
	所在地		健保、自費 別	健保	月 日 ~ 月 日		
			診 療 期 間	自費	月 日 ~ 月 日		

上 記 の 通 り お 届 け し ま す

令和 年 月 日

住 所 _____
届 出 者 _____
氏 名 _____ ㊞

サニーピア健康保険組合理事長殿

この届に添えて 提出する書類示	1. 交通事故証明書 2. 事故発生状況報告書 3. 念書、誓約書 4. 自動車保険加入届
談をした場合	その示談書の写を添付のこと

事故発生状況報告書

	第 号	当事者	甲（加害運転者）	氏 名 (電話)		
			乙（被害者）	氏 名 (電話)		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 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	甲車両 km/h（制限速度 km/h）		乙車両 km/h（制限速度 km/h）			
事故現場に於ける自動車と被害者との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）					
	自 車  相 手 車  進 行 方 向  信 号 機  一 時 停 止  人 間  オートバイ 自 転 車 					
上記図の説明を書いて下さい。						

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

甲との関係（ ）
報告者
乙との関係（ ）

印

念 書

事故発生場所

令和 年 月 日 () において

加害者氏名

被害者氏名

() の不法行為により () の被った保

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請求権を健康保険法第57条の規定によつて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つて申し立てます。

なお、あわせてつぎの事項を遵守します。

1. 加害者と示談を行なおうとする場合は必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
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、かつ遅滞なく貴職に届出ること。

令和 年 月 日

被 保 険 者 住 所

氏 名

㊞

サニーピア健康保険組合理事長 殿

誓 約 書

事故発生場所

令和 年 月 日 _____において

加 害 者 _____ 被 害 者 _____ の間に発生し

た交通事故により被害者の損害について健康保険法による保険給付を受けましたので、健康保険法第57条の規定により求償されたときは直ちに返還いたします。

なお、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 自動車損害賠償責任保険へ請求するときは、事前にその旨、貴職に報告します。
2. 被害者と示談を行なおうとする場合は必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。

令和 年 月 日

住 所
加 害 者
氏 名

㊞

住 所
加 害 者
氏 名

㊞

サニーピア健康保険組合理事長 殿

加 害 者 の 自 動 車 保 険 加 入 届

自 動 車 損 害 賠 償 責 任 保 險	契 約		名 称					
	保 險 会 社 名		所 在 地					
	保 險 証 明 書 番 号				第 号			
	契 約 者	住 所						
		氏 名						
	保 有 者	住 所						
		氏 名						
	自 動 車	種 別				府 県 別		
		登 録 番 号 ま た は 車 両 番 号						
	保 險 期 間			自 令 和 年 月 日 至 令 和 年 月 日		間		
任 意 自 動 車 保 險	契 約		名 称					
	保 險 会 社 名		所 在 地					
	証 券 番 号							
	契 約 者	住 所						
		氏 名						
	保 險 会 社 の 担 当 者 名			<u>所 属 部 署 名</u>		TEL		
			<u>担 当 者 名</u>					