

住友化学健康保険組合 御中

被保険者分 **負 傷 届**  
被扶養者分 **第三者の行為による傷病届**

健 保 組 合	常務理事	担当者

下記のとおりお届けします。

年 月 日

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

事業所名 ( \_\_\_\_\_ )

被保険者の記号番号	10-	所属		電話番号	
負傷者氏名			年 月 日生	続柄	
事 故 の 状 況	負傷の年月日	年 月 日 (曜日)	事故発生の場所		
		午前・午後 時 分 事故発生			
	傷病名		負傷の程度		
	診療担当医の 住所・氏名				

自動車事故の場合、以下の項目について記入してください。なお、自動車保険については加害者（相手方）にかかる内容を記入してください。（添付書類：自動車事故証明書（自動車安全センターで証明したもの）、事故発生状況報告書、念書）

自 動 車 事 故 関 係	健康保険による診療の有無	有（診療開始日 年 月 日）		無		
	示談の有無	有		無 ※示談した場合は示談書の写を添付してください。		
	自 賠 責 保 険	自動車保有者 （保険契約者）	氏名	住所	連絡先 電 話	
		運 転 者	氏名	住所	男・女 才 の 関 係	保有者と
	保 険	保険証明書 記号番号		保険 期間	自 年 月 日 至 年 月 日 午前12時	カ月間
		自動車の種別		府県別	登録（車両）番号	車台番号
	保 險 会 社	名称		所在地		
		担当課及び担当者名		連絡先電話		
	任 意 保 険	自動車保有者 （保険契約者）	氏名	住所	連絡先 電 話	
		運 転 者	氏名	住所	男・女 才 の 関 係	保有者と
保険証明書 記号番号			保険 期間	自 年 月 日 至 年 月 日 午前12時	カ月間	
自動車の種別			府県別	登録（車両）番号	車台番号	
名称			所在地			
担当課及び担当者名		連絡先電話				

※保険会社の「担当課及び担当者名」「連絡先電話」欄は損害賠償請求先の保険会社についてのみ記入してください。

【提出先】健康保険組合

# 事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲 (加害運転者)	氏名	乙 (被害者)	氏名	運転・同乗 (加害車・他方車) 歩行・その他 ( )		
を該 記当 し項 て目 くに だ○ さ印 い等	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・坂道	
		見通し良い・悪い	積雪・凍結	環境・・・商店街・住宅街・田園 (郊外) 国道・バイパス・山間地・その他 ( )		
	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	甲車両	km/h (制限速度	km/h)、乙車両	km/h (制限速度	km/h)
事 故 発 生 状 況 略 図	事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください。(道路幅を m で記入してください) 甲車両  乙車両  進行方向  信号  一時停止  人間  自転車・オートバイ 					
上記図の説明を書いてください。						

請求する保険契約の加害自動車の他にもう一台の加害自動車があり、判明している場合にはご記入ください。

自動車の番号		加害運転者	氏名 (電話)
保 有 者	住所 〒		
	氏名 (電話)		

年 月 日

報告者 甲との関係 ( )

乙との関係 ( ) 氏名 \_\_\_\_\_

# 念 書

年 月 日 (場所) \_\_\_\_\_において  
(加害者) \_\_\_\_\_の不法行為により(被害者) \_\_\_\_\_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条の規定によって保険者たる貴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ます。

なお、貴組合が立替えした医療費等を損害保険会社へ請求する際、診療報酬明細書(調剤報酬明細書  
を含む)の写しを提供することに同意します。

また、あわせて下記の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行なおうとする場合は、必ず前もって貴組合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  
組合に届出ること。
4. 自賠責保険等は被害者請求をする場合には必ず前もって、貴組合にその内容を申し出ること。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

住友化学健康保険組合 御中