

事業所担当印

健康保険 第三者の行為による傷病届(交通事故)

① 2 3 4

コスモエネルギーグループ健康保険組合 御中
標記の件に関し、下記のとおり届け出いたします。

届出者 氏名	本人・家族・その他() 印
-----------	-------------------

本人の自署による場合は捺印を省略できます。

(注意)
イ.事故後3日以内に健保組合に口頭または電話で連絡願います。
ロ.本傷病届は、事故後20日以内に事業所経由で健保組合に関係書類添付の上提出願います。
なお、上記イ.ロ.の手続がない場合は保険診療が受けられないことがあります。

1)被保険者

被保険者の	記号	番号	氏名	生年月日
	—	—		昭和・平成・令和 年 月 日
	住所			電話番号
	〒 —			
事業所名称				所在地

2)事故当事者

被害者氏名	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	続柄
第三者氏名	住所	〒 —	電話番号			
同勤務先名 <small>未成年の場合は 親権者氏名</small>	住所	〒 —	電話番号			
第三者の業務中・業務外の別	業務中 / 業務外					
第三者の氏名・住所不明の理由						

3)事故内容

発生日時	令和	年	月	日	曜日	午前・午後	時	分
発生場所								
種別	被害者	自動車・バイク・自転車・歩行中・けんか・スポーツ中・その他()						
	加害者	自動車・バイク・自転車・歩行中・けんか・スポーツ中・その他()						
区分	業務上・通勤(帰宅)途上・私用・その他			形態	運転・同乗・歩行・その他			
内容	療養中(全治 月 日) ・ 療養後死亡(死亡 年 月 日) ・ 治癒 ・ 即死							
傷病名								
受診状況 <small>診療機関名 入院の有無 治療期間 住所 電話番号</small>	①診療機関名	入院	治療開始日	令和	年	月	日	
	〒 —	無	治療終了(見込)	令和	年	月	日	電話番号
	②診療機関名	入院	治療開始日	令和	年	月	日	
	〒 —	無	治療終了(見込)	令和	年	月	日	電話番号
③診療機関名	入院	治療開始日	令和	年	月	日		
〒 —	無	治療終了(見込)	令和	年	月	日	電話番号	
事故の責任は主として	相手方(加害者) ・ 当方 ・ 双方(過失割合 被害者 % 加害者 %)							

交通事故等による『傷病届』

4) 第三者の自動車保険加入状況

自賠責保険について加入保険会社名		証明書番号 第	号
保険 契約 者	氏名	自 令和	年 月 日
	住所	至 令和	年 月 日
	連絡先電話番号	登録番号、車両番号 または車台番号	
運転者との関係 本人・使用者・親族(続柄)・その他()			
任意保険(対人賠償責任保険)、その他の損害賠償責任保険について			
保険の種類	任意保険・自転車保険・個人賠償責任保険・その他()		
加入保険会社名	保険金額	無制限・	万円
契約書番号	第	号	
保険 契約 者	氏名	自 令和	年 月 日
	住所	至 令和	年 月 日
		連絡先電話番号	

		自動車損害賠償責任保険	任意保険(対人賠償責任保険等)
保険会社の 支払い請求先 【とりまとめ窓口】	所在地		
	支店名		
	担当課		
	担当者		
	電話番号		
任意一括払いですか※	有 ・ 無	※任意一括とは、自賠責保険の分も含めて任意保険会社に対応する場合があります。	

5) 被害者の自動車保険(人身傷害補償特約)加入状況

加入の有無	有	加入保険会社名
	無	担当者氏名

6) 相手方に対する損害賠償請求について

請求しましたか	した・していない・する予定 令和	年 月 日頃
請求したときは その年月日と方法	令和	年 月 日 口頭・文書
請求していないときは その理由		
休養(治療)中の休業補償は	相手方が負担・事業主から支給・自賠責(任意)保険へ請求・当方加入の人身傷害補償保険へ請求	

7) 相手方との間の示談について

示談が成立していますか	いる・いない 成立している時はその年月日(示談書添付のこと)	令和	年 月 日
-------------	--------------------------------	----	-------

示談をする際は、必ず前もって健康保険組合に連絡ください。

交通事故等による『傷病届』

8) 事故現場における加害者(相手方)と被害者(当方)との状況

天候	晴・曇・雨・雪・霧・()	交通量	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・していない)・歩道(ある・ない)(片側・両側)・道路の見通し(良い・悪い) 中央車線(ある・ない)・道路の状態(直線・カーブ・平坦・坂道・積雪路・凍結路)																		
標識等	信号(ある・ない)・自車側信号(青・赤・黄)・相手側信号(青・赤・黄) 駐停車禁止(あり・なし)・追い越し禁止(あり・なし)・一時停止標識(あり・なし) その他標識(なし・あり)																		
速度	加害者(相手方) km/h (制限速度 km/h)		被害者(当方) km/h (制限速度 km/h)																
法令違反	加害者(相手方) 酒気帯び・酒酔い・無免許・他()		被害者(当方) 酒気帯び・酒酔い・無免許・他()																
事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください) ※見取り図は当方と相手方の行動がわかるように区別して記入してください																			
<table border="1"> <tr> <td>自車</td> <td></td> </tr> <tr> <td>相手車</td> <td></td> </tr> <tr> <td>進行方向</td> <td></td> </tr> <tr> <td>信号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>一時停止</td> <td></td> </tr> <tr> <td>人間</td> <td></td> </tr> <tr> <td>自転車 バイク</td> <td></td> </tr> </table>						自車		相手車		進行方向		信号		一時停止		人間		自転車 バイク	
自車																			
相手車																			
進行方向																			
信号																			
一時停止																			
人間																			
自転車 バイク																			

9) 事故発生の状況及び原因を説明してください(事故当時、現場に不在の者が読んでもわかるように記入してください)

いつ	
どこで	
どんな用件で	
どうしている時	
なにが	
どういうふうになって	
どこを	
どうした	

10) 事故発生後、警察官等が立ち会って調査をしましたか 調査した・調査しない

調査した時は その者の	氏名			事故の取扱い
	所属	警察署	係 派出所	人身事故 / 物損事故

念書兼同意書

令和 年 月 日、事故発生場所()
において、相手方()殿の不正行為により受診者()の
被った被害について健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が相手方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、貴組合が保険給付費の価額の限度において取得行使し、かつ損害賠償金を
受領することに異議のない事をここに書面をもって申し立てます。

なお、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行う場合は、必ず事前に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. 加害者から金品を受領したときは、受領年月日・内容・金額(評価額)を漏れなく、かつ遅滞なく
貴組合に申し出ること
4. 治癒または症状が固定(後遺症認定)した場合は、速やかにその内容を申し出ること
5. 私が自動車損害賠償責任保険(共済)に請求する場合は、事前に貴組合にその内容を申し出ること
6. 私が加入している人身損害保険に、私(被扶養者)の損害について請求する場合は、事前に貴組合に
その内容を申し出ること

なお、この事故に関して、貴組合が損害賠償請求権の行使に必要な当該保険事故に関する
私(被扶養者)の情報を第三者(事故相手方・損害保険会社・医療機関等)に照会し、その
照会内容について情報提供を受けること、また、支払い請求書一式に当該給付に係る診療報酬
請求明細書の写しを添付することに同意します。

コスモエネルギーグループ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

住所
被保険者
氏名



※ 署名捺印において、シャチハタ印鑑は不可です。

※ 本人が署名捺印できない場合は、その理由書を添付し、届出者が代理人として署名捺印の上
提出してください。この場合、署名欄の被保険者を代理人に朱字訂正してください。