

事業所担当者印

第三者の行為による傷病届

①被保険者証の記号番号	記号	番号	②被保険者氏名	⑧
③被保険者の職務の種別			④被保険者の住所	
⑤傷病名				
⑥傷病の治療費用は (該当のものに○を付けてください)	令和 年 月 日まで 健康保険組合 ・ 加害者負担 ・ 被保険者負担			
⑦ 手当を受 けた医療 機関名	最初に受けたところ	名称		初診 年 月 日
		所在地		
	その後転医したところ	名称		初診 年 月 日
		所在地		
⑧ 疾病負傷の原因を詳しく記入	(イ)いつ	令和 年 月 日	午前 午後	時 分頃
	(ロ)どこで			
	(ハ)どんな用件で			
	(ニ)どうしているとき			
	(ホ)なにが			
	(ヘ)どういうふうになって			
	(ト)どこを			
	(チ)どういした			
⑨ 被扶養者が負傷したものであるときはその者の	氏名	生年月日	被保険者との続柄	
		昭和 平成 令和	年 月 日生	
⑩あなたの勤務先事業所は労働者災害補償保険法の適用を受けていますか	いる ・ いない			

(注意事項)

- イ. 第三者の行為によって負傷した場合は①～⑮まで記載、自動車事故である場合は①～⑳まで全部記載してください。
- ロ. ⑮には「診療費」「休業補償費(日額)」「慰謝料」等をそれぞれ詳細に記入してください。
- ハ. 自動車に同乗していて事故が発生した場合、その車の相手方が無い場合と、相手の車より同乗者のほうが過失が大きいと考えられる場合は、同乗していた車について⑪～⑳の欄までを記入してください。









第三者（相手方）についての事項を記入	⑪ 第三者（相手方）（加害者）の	氏 名		住 所		
		職 業		勤 務 先		
	⑫警察へ届出していますか			いる ・ いない		
	届出しておればその警察署の名称			警察署 係（派出所）		
	⑬現在、第三者（相手方・加害者）に対して損害賠償を請求する意志がありますか					ある ・ ない
⑭ 第三者（相手方・加害者）から受けた損害賠償の	年月日	令和 年 月 日		金額	円	
	内 容					
	⑮示談を行った場合は、その日付と示談条件、また話し合いの途中であるときはその状況		示 談 の 日 時		令和 年 月 日	
自動車事故であるときは相手方の自動車について記入	⑯ 自動車の	種 別		車 両 番 号		
				第 号		
	⑰ 保有者の	氏 名		住 所		
	⑱ 運転者の	氏 名		住 所		
	⑲第三者（加害者）の自動車が「自動車損害賠償補償法」の適用を受けているか					いる ・ いない
	⑳ を受けているとき記入 自動車損害賠償補償法の適用	保険契約者の		氏 名		住 所
		自賠責任保険証明書番号		第 号	第三者（加害者）と保険契約者との関係	
		保険契約期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
保険会社の		管 轄 店 名		所 在 地		
保 険 金 損 害 賠 償 額 を 請 求 し て い る が ど う か					している ・ していない	
保険金損害賠償額の支払を受けたときは受けた者の		氏 名		金 額	受 領 年 月 日	
備 考			円		令和 年 月 日	
	勤務先（健保被保険者）					

（注意事項）

- ニ. 損害賠償問題が解決していない場合は「念書」を添付し、示談が成立している場合は示談書の写しを添付してください。
- ホ. 交通事故の場合は「交通事故証明書」を添付してください。原本を添付できない場合は写しを添付し、原本を添付できない理由を付記して下さい。
- ヘ. 事故現場の略図（平面図）を添付してください。（進行方向明示のこと）

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します。

甲 (加害運転者)	氏名		乙 (被害者)	氏名		甲車 運転・同乗 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)
事故現場における自動車と被害者との状況を图示してください	事故発生状況略図 (道路幅を m で記入してください)						甲車  甲車以外の車  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。							

甲車以外の車について、判明している場合ご記入下さい。

自動車の番号		運転者	氏名 TEL ()
保有者	〒 - 住所		氏 名 TEL ()

令和 年 月 日
 報告者 甲との関係 ()
 乙との関係 () 氏 名 _____ (印)

念 書

令和 年 月 日 において、

の不法行為により の蒙った保険事故

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、コスモ石油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）」をまれなく、かつ遅滞なく貴職に届出ること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

⑩

コスモ石油健康保険組合 殿

加害者の自動車関係事項

保有者と契約者との関係	本人・譲受人・借受人・(その他)				
加害運転者と保有者との関係	本人・従業員・親族・(その他)				
事故当事者間での過失割合の協定の有無	有・無	該当があればその理由・金額・分担割合			
自動車損害賠償責任保険の期間 (加害自動車の強制保険)	令和	年	月	日より	日間
	令和	年	月	日まで	
加害自動車の任意保険	有・無	保 險 会 社 名	証 書 の 記 号 番 号		
加害自動車任意保険の期間	令和	年	月	日より	日間
	令和	年	月	日まで	

※該当欄を○で囲んでください。

【 一括支払の場合 】

1. 担当者氏名

担当者名

2. 電話番号ならびに会社名・住所

会社名

住 所 〒 ー