

第三者行為による傷病届

(注意事項)

事業主(所)記載欄 適用事業所記号		

- a. 自動車事故
 - b. 自動車事故以外
- ※該当する方を○で選択

TEL		TEL	
事業主(所) 健保責任者	事業主(所) 健保担当者	所属上長	庶務係

1. 医師の診断書(写)を添付して下さい。また、自動車事故の場合は、交通事故証明書(人身事故扱い)の原本を必ず添付して下さい。

2. 労働災害・通勤災害での疾病は、健康保険対象外ですので医療費の清算が必要となります。

3. 負傷者本人の飲酒・無免許運転・けんか等での負傷は、健康保険の給付は制限されます。

4. 所属上長経由での提出が原則です。届出内容の提示を希望しない方、また、保険会社は事業所担当者にその旨、連絡をして下さい。

東芝健康保険レポート管理センターへ直接送付も可。ただしその場合、被保険者は事業所担当者にその旨、連絡をして下さい。

会社名	被保険者番号						被保険者氏名				
	記号										
所属											
事故発生年月日	H・R	年	月	日	()	午前 午後	時	分	頃		
事故発生場所											
負傷者氏名 (負傷者が被扶養者の場合)							生年月日	年齢	被保険者との続柄		
負傷時の行動内容 (○で選択)	A.就業時間中	B.通勤時間中				a.出社途中	C.その他(以下に具体的に記入)				
負傷時の飲酒の有無 (○で選択)	a. 飲酒あり	b. 飲酒なし		負傷者の運転免許証の有無 (運転中に負傷した場合に○で選択)			a. 運転免許証あり b. 無免許運転				

第三者(事故の相手)	相手	住所	〒								
	自動車の所有者 (自動車事故の場合)	住所	〒								
	相手の住所氏名が 分からない場合、 その理由	氏名									

診療状況	傷病名											
	診療開始日											
	保険証を使用 して受診した 医療機関名	名称										
		名称										
名称												

上記のとおり届出いたします。 令和 年 月 日

〒

住所

被保険者氏名

電話(自宅)

電話(携帯)




























東芝健康保険組合 御中

* 本届に記載した個人情報(証明書類含む)については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。

事故発生状況報告書

運 転 者		甲(事故の相手)				
		乙(事故当事者)		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	雪積路・凍結路		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	
速 度	甲車両	km/h(制限速度	km/h)	乙車両	km/h(制限速度	km/h)

事故内容の説明は、「いつ・どこで・誰が・どのよう」の要領で、省略なく状況が再現できるように記入して下さい。

事故現場における第三者との状況を図示して下さい。	事故発生状況略図(交通事故の場合、道幅を m で記入して下さい。)																		
事故の状況について、正確に記入して下さい。	<div style="text-align: right;"> <table border="0"> <tr> <td>甲 車</td> <td></td> </tr> <tr> <td>乙 車</td> <td></td> </tr> <tr> <td>甲車以外の車</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</td> <td></td> </tr> <tr> <td>オートバイ</td> <td></td> </tr> </table> </div>	甲 車		乙 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	
甲 車																			
乙 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

1. 事故相手の自動車損害賠償保険契約等の内容について

契約内容		保険の種類	自 賠 責 保 険	任 意 保 険
保 險 会 社 名				
損害賠償金支払 請求先 店名	所在地	〒		〒
	名称及び 担当課名			
	担当者名			
	電 話			
保 險 契 約 期 間			自 H・R 年 月 日 至 H・R 年 月 日	自 H・R 年 月 日 至 H・R 年 月 日
保 險 契 約 者	住 所	〒		〒
	氏 名			
車 両 の 保 有 者	住 所	〒		〒
	氏 名			
自 動 車 保 険 証 明 番 号				
自 動 車	種 別			
	登録(車両)番号			
	車 台 番 号			

2. 被保険者又は被扶養者の自動車損害賠償保険契約等の内容について

任意保険について	任意保険に「人身傷害補償保険」を組んで		1. いる	2. いない
組 ん で い る 場 合	損害保険会社名		電 話	
	担当者名			
	使用の有無	今回、人身傷害補償保険を使用して	1. いる	2. いない

3. その他 自動車事故以外の損害賠償保険契約の内容について(使用する場合のみ要記入)

使用する損害保険	1. 被保険者・被扶養者が加入している損害保険		2. 事故相手が加入している損害保険	
損害保険会社名		保険の名称(種別)		
保 險 契 約 者	住 所	〒		
	氏 名			
担 当 者	住 所	〒		
	氏 名	電 話	()	

念書（兼 同意書）

事故発生年月日	H・R	年	月	日
事故発生場所				
負傷者氏名			相手方氏名	

上記事故に関して、健康保険法による保険給付を受けた際は、私の有する損害賠償請求権を健康保険法第57条の規定により貴組合が保険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ついて同意します。

上記事故に関して、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情報を第三者（事故相手・損害保険会社・医療機関等）に照会及び提供することについて同意します。

上記事故に関して、次の事項を遵守することを誓約します。

1. 相手方またはその代理人と示談を行おうとする場合は、必ず事前に貴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. 自動車損害賠償責任保険（責任共済）に損害賠償請求する場合は、事前に貴組合にその内容を申し入れること。
4. 相手方から金品を受け取った時は、受領年月日、内容、金額をもれなく、かつ遅滞なく貴組合にその内容を文書（示談書がある場合はその写し）で届け出ること。
5. 治癒または症状が固定（後遺症認定）した場合は、速やかに貴組合にその内容を申し出ること。

東芝健康保険組合 殿

署名日 令和 年 月 日

署名欄 (自署)	被 保 険 者	住所			
		氏名	印	電話	()
	負 傷 者	住所			
		氏名	印	電話	()

- * 各署名は、必ず本人が署名して下さい。
- * 負傷者が15歳未満の未成年者の場合は、負傷者欄の署名は不要です。
- * やむを得ない理由で本人が署名できない場合は、その理由書を作成し、添付して下さい。この場合、後日自署可能となった時に必ずご提出下さい。
- * 被保険者が自署できない場合は、届出者が被保険者欄に代理人として署名して下さい。この場合、署名欄の“被保険者”を“代理人”と朱字訂正して下さい。

損害賠償に対する念書 (第三者用)

H・R 年 月 日、(場所) _____ で発生した事故により
 貴組合の加入者 (負傷者) _____ が被った傷病に対し、健康保険法により貴組合が
 負担した費用のうち、私が賠償すべき費用については、貴組合からの損害賠償の請求に基づき、
 私が責任を持って貴組合にお支払いします。

上記のとおり誓約します。

東芝健康保険組合 殿

令和 年 月 日

住所 〒

氏名

印

電話 ()

誓約書

(第三者側の任意保険会社用)

_____ 殿の依頼により、当社は、当該事故に関する貴組合からの
 求償について任意一括扱いの委任を受けました。よって当該誓約書に署名いたします。
 つきましては、以下の住所宛てに請求書をご送付下さい。

東芝健康保険組合 殿

令和 年 月 日

住 所 〒

保険会社名

担当者名

印

電 話 ()

* 誓約書は、交通事故で事故相手が任意保険に委任した場合に保険会社が記入。