

ご自身もしくはご家族。
(パナソニック健保被保険者もしくは被扶養者で、今回ケガを負われた方)

事故の相手についてご記入下さい。

第三者の行為による傷病届

(健康保険法施行規則第 65 条)

※ 該当事項を○で囲んで下さい。

受付日	平成	年	月	日
常務理事	所属長		担当者	係員

被保険者証 記号・番号	10 — 1234567	事業所名	TEL (内線)	
事故の日時	H25年 2月 2日 午前 10時00分 午後 (月、火、水、木、金、土、日)	事故の場所	大阪府守口市〇〇町3丁目1番1号	
被害者の住所	(住所) 〒570-XXXX 大阪府守口市XXXX TEL (06) 6992-XXXX	加害者の住所	(住所) 〒105-XXXX 東京都〇〇区〇〇〇1丁目2番3号 TEL (03) 1234-XXXX	
氏名	(フリガナ) ケンボタロウ (氏名) 健保太郎	氏名	(フリガナ) ホケンジロウ (氏名) 保険次郎 (男・女) 30才	
続柄	本人	職業	〇〇株式会社 TEL (03) 2345-XXXX (車両保有者との関係) 本人	
病名	松下記念病院 TEL (06) 6992-XXXX	加害車両	(住所) 東京都〇〇区〇〇1丁目2番3号	
負傷の程度	保険診療開始日 H25年 2月 2日 主傷病名 頭部外傷I型 入院治療 通院治療	保有者	(氏名又は会社名) 保険次郎 (保険契約者) 保険次郎 (契約者との関係) 本人	
被害者の交通方法	徒歩、自転車、原付自転車、オートバイ、バス、トラック、軽乗用車、普通乗用車、タクシー、同乗中、その他 ()	加害者の車	自転車、原付自転車、オートバイ、トラック、軽乗用車、普通乗用車、タクシー、バス、その他 () (車両番号 品川583めXXXX)	
過失の割合	自分がなんぶぐらい (割) 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 相手がなんぶぐらい (割) 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	加害者の自動車保険加入状況	自賠責保険	(会社名称) 〇〇〇〇保険株式会社 (証券番号) 第 98-76543 号 (契約期間) H24.10.1 ~ H26.10.1
備考			任意保険	(会社名称) 〇〇〇〇保険株式会社 (証券番号) 第 87-65432 号 (契約期間) H24.10.1 ~ H26.10.1

保険診療開始日・主傷病名を必ず記入して下さい。

上記の通り、第三者の行為による傷病を届けます。

平成 25年 2月 20日

提出する日付を記入して下さい。

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

(〒570-XXXX)

必ず被保険者(本人)についてご記入下さい。

被保険者 住所 大阪府守口市XXXX

氏名 健保太郎 ㊞

電話番号 (06) 6992-XXXX

- (注) ● 通勤途上や業務上のケガや病気は、労災保険が適用され、健康保険は使えません。
● 警察へ診断書を提出し、人身事故の交通事故証明書(保険会社原本証明でも可)をご提出ください。
● 治癒・治療中止・症状固定等と診断された場合、及び示談交渉を行う前には必ずご連絡ください。

*できる限り速やかに傷病届を提出して下さい。

ご自身もしくはご家族。
(パナソニック健保被保険者もしくは被
扶養者で、今回ケガを負われた方)

念 書 (兼 同 意 書)

事故の相手についてご記入下さい。

災害発生日	平成 25 年 2 月 2 日	災害発生場所	大阪府守口市〇〇町3丁目1番1
被害者氏名	健 保 太 郎	加害者氏名	保 險 次 郎

- 上記保険事故について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が相手側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、あわせて以下の事項を遵守することを誓約します。
 - 治癒、治療中止、治療終了または症状固定と診断された場合、もしくは加害者と示談を行なおうとする場合は、必ず健康保険組合にその内容を申し出ること。
 - 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
 - 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、かつ遅滞なく健康保険組合に届出ること。
 - 保険給付の限度において、自動車損害賠償保険金(共済金)にパナソニック健康保険組合より私が優先して受領したために、組合が受領すべき金額の全部または一部を受領できなかった場合は、組合が受領できなかった金額を私が組合に弁済すること。
- 上記保険事故について、私の個人情報およびこの念書(兼同意書)の取り扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - 健康保険組合が加害者(損害保険会社)に損害賠償請求をする際に必要な「事故発生状況書」、「診療報酬明細書(レセプト)写し」、「事故証明書」を加害者(損害保険会社)に提供すること。
 - 健康保険組合が私の保険事故の給付の損害賠償請求に関して必要な事項(保険会社等から受けた金品の有無およびその金額・内訳(その見込みを含む)等)について、保険会社から情報提供を受けること。
 - この念書(兼同意書)を保険会社等へ提示すること。

平成 25 年 2 月 20 日

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

〒570-XXXX

必ず被保険者(本人)についてご記入下さい。

住 所 大阪府守口市XXXX

被保険者

氏 名 健 保 太 郎 (印)

ご自身もしくはご家族。
(パナソニック健保被保険者もしくは被
扶養者で、今回ケガを負われた方)

事故の相手についてご記入下さい。

誓 約 書

(1) 事故発生日月日 25年 2月 2日 (午前・午後) 10時00分頃

(2) 事故発生場所 大阪府守口市〇〇町3丁目1番1号

上記の事故について加害者 保険次郎 は 被害者
健保太郎 に対して負う、損害賠償につき、被害者が健
康保険法による、保険給付を受けた場合は、下記事項を遵守することはもちろ
ん、その費用を保証人と連帯して、パナソニック健康保険組合に弁済すること
を誓約いたします。

記

1. 貴組合より、被害者が受けた保険給付の請求があったときは、遅滞なくその負
担額を貴組合に支払うこと。
2. 被害者が受けた保険給付の損害賠償については、常に誠意をもって貴組合の申
し出に応じること。
3. 被害者と示談を結ぶ場合は、事前に貴組合に申し出ること。
4. 加害者側の連帯保証人は、パナソニック健康保険組合に対し、連帯して治療費
の責務を負担すること。
5. その他 _____
6. 上記事項に違背した場合は貴組合において、いかなる処置をとられても異議の
申し立てをしないこと。

平成 25年 2月 20日

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

必ず担当者印を捺印して
下さい。

加 害 者 本籍地 東京都〇〇区〇〇〇1丁目2番3号

現住所 同 上

氏 名 保 険 次 郎 (印)

連帯保証人 本籍地 東京都〇〇区〇〇〇2丁目1番3号

(保険会社でも可) 現住所 同 上

氏 名 〇〇〇保険株式会社 担当者〇〇〇(印)

事故の相手の方に
ご記入頂いて下さい。

備 考

*相手が被害者の場合、記入してもらえない場合があります。
その際は、その理由を備考欄に記入頂き、ご提出をお願いいたします。

事故の相手についてご記入ください。

ご自身もしくはご家族。
(パナソニック健保被保険者もしくは被
扶養者で、今回ケガを負われた方)

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	保 險 次 郎	乙（被害者）氏名	健 保 太 郎	<input checked="" type="radio"/> 運転・同乗 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 甲 車 <input type="checkbox"/> 甲車以外の車 <input type="checkbox"/> 歩行・その他 																													
速度	甲車 30km/h (制限速度 40km/h), 甲車以外の車 40km/h (制限速度 40km/h)																																
事故現場における衝突までの状況を図示して下さい。	事故発生状況略図（通路幅を m で記入してください。） <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>地図ならびに説明は過失相殺を決める最も大事なものですから、状況が再現できるよう具体的に書いて下さい。</p> </div> </div>																																
	<table border="0"> <tr><td>×</td><td>衝突地点</td></tr> <tr><td></td><td>甲 車 両</td></tr> <tr><td></td><td>乙 車 両</td></tr> <tr><td></td><td>自二・原付</td></tr> <tr><td></td><td>自 転 車</td></tr> <tr><td></td><td>歩 行 者、人</td></tr> <tr><td></td><td>甲 の 進 路</td></tr> <tr><td></td><td>乙 の 進 路</td></tr> <tr><td></td><td>信 号 機</td></tr> <tr><td></td><td>一 次 停 止 標 識</td></tr> <tr><td></td><td>そ の 他 の 標 識</td></tr> <tr><td></td><td>ガ ー ド レ ー ル 等</td></tr> <tr><td></td><td>横 断 歩 道</td></tr> <tr><td></td><td>橋 梁</td></tr> <tr><td></td><td>カーブミラー等</td></tr> </table>				×	衝突地点		甲 車 両		乙 車 両		自二・原付		自 転 車		歩 行 者、人		甲 の 進 路		乙 の 進 路		信 号 機		一 次 停 止 標 識		そ の 他 の 標 識		ガ ー ド レ ー ル 等		横 断 歩 道		橋 梁	
×	衝突地点																																
	甲 車 両																																
	乙 車 両																																
	自二・原付																																
	自 転 車																																
	歩 行 者、人																																
	甲 の 進 路																																
	乙 の 進 路																																
	信 号 機																																
	一 次 停 止 標 識																																
	そ の 他 の 標 識																																
	ガ ー ド レ ー ル 等																																
	横 断 歩 道																																
	橋 梁																																
	カーブミラー等																																
上図の説明を書いて下さい。	(詳しく) 信号のある同幅員の交差を被害者（普通乗用車）が法定速度（40 km）で直進したとき、同じく青信号で交差点に進入した加害者（普通トラック）が右折して被害車両の右側側面に衝突し、被害者を負傷させた。																																

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 (電話)
保 有 者	〒 住所		氏 名 (電話)

平成 25 年 2 月 20 日

必ず報告者の署名、捺印をして
ください。

甲との関係 (被 害 者)
 報 告 者 又 は
 乙との関係 (本 人)

氏 名 健 保 太 郎

*相手の加入している任意保険について、相手の方にご記入頂いて下さい。

任意保険加入状況（別紙）

加害者が、（自動車）任意保険に加入されている場合は、必ず下記事項をもれなくご記入下さい。

相手が未加入の場合、ここに○をつけて下さい。

任意保険関係について	
加害者任意保険加入状況	加入・未加入
保険の種類	自動車(対人賠償)・自動車(人身傷害) 個人賠償(傷害)・その他()
任意保険の保険会社名 営業所・サービスセンター名称	〇〇〇保険株式会社
任意保険会社の所在地	〒105-XXXX 東京都〇〇区〇〇2丁目1番3号
担当者名	損保 一男
電話	(03) 3〇〇〇 - XXXX
任意保険証券記号番号	87-65432
任意保険の契約者名	保険 次郎
任意保険の契約車両登録番号 (自動車保険の場合)	〇〇〇〇4321
被害者の任意保険人身傷害保険特約	加入・未加入
備考	*相手が被害者側で記入してもらえない場合は、「過失が高く相手に記入してもらえません」等の理由をご記入下さい。

- (注) ● 加害者が**任意保険未加入、または使用できない**場合で、被害者が**自動車人身傷害保険**を使用する場合は、被害者の任意保険加入内容をご記入下さい。
- 加害者の**任意保険が利用できない**場合は、その理由を「備考」欄にご記入下さい。