第三者の行為による傷病届

G

パナソニック健康保険組合　御中

常務理事	検　印	担当者

事故状況

負傷日時	2024 年 2 月 2 日（□月・□火・□水・□木・□金・■土・□日） ■午前 □午後 10 時 30 分 ごろ
発生場所	大阪 都道府県 / 門真 市区 / △△△△町 9-8-765
事故種別	■交通事故 □殴打 □刺傷 □その他（　　） こちら：□自動車・□バイク・□自転車・■歩行・□同乗 相手：■自動車・□バイク・□自転車・□歩行
労災確認	業務上、もしくは通(退)勤途上での傷病ですか □はい ■いいえ 【注意】当該事故が就業時間中・出退勤途上の負傷の場合は、健康保険の使用ができません。(パート・アルバイト含)上司の方にご報告ください

被保険者

被保険者等の記号・番号	1 0 － 1 2 3 4 5 6 7
被保険者氏名	フリガナ：ケンポ タロウ 健 保 太 郎
事業所名	○○株式会社 △△事業部
被保険者連絡先（内線）	TEL:011-222-3333 内線 7-123-××××

負傷者（被害者）

負傷者の氏名	フリガナ：ケンポ ハナコ 健 保 花 子　（年齢 48 才） □男 ■女　続柄：妻　職業：主婦
負傷者の住所	(〒 570 － ××××) 大阪府守口市 ○○○○ 1-12-123 負傷者の連絡先 06 － 6992 － △△△△
受診状況 医療機関名	松下記念病院　TEL 06－2996－××××
入院の有無	□有（　　日間） ■無
受診状況 傷病名	右大腿部打撲
治療状況	2024 年 3 月頃 □すでに治癒・■治癒見込・□未定
今回の事故の治療費は負傷者ご自身加入の任意保険(人身傷害保険)で負担していますか？ ※人身傷害保険を使用されている場合は、以下の項目をご記入願います。	■はい・□いいえ
保険会社名 部署名	●●●●保険株式会社 大阪損害センター
担当者名・連絡先	△ △ △ △ TEL: 06 － 6992 －△△△△

相手方（加害者）

加害者の氏名	フリガナ：ホケン ジロウ 保 険 次 郎　（年齢 36 才） ■男 □女
加害者の住所	(〒 105 － ××××) 東京都 ○○区 ○○1丁目2番3号 加害者の連絡先 03 － 2345 － ××××
※以下の項目は、事故種別が交通事故の場合のみご記入ください。	
加害車両保有者	■加害者に同じ
加害者との関係	■本人・□家族 □従業員・その他（　　）
自賠責保険 保険会社	△△△△保険株式会社
保険契約者名	■加害者に同じ
自賠責保険 証明書番号	第 98-76543 号
加害者との関係	□本人・□家族・□従業員・その他（　　）
任意保険 保険会社	□□□□保険株式会社
保険契約者名	■加害者に同じ
任意保険 証券番号	第 12－ A4356789号
加害者との関係	□本人・□家族・□従業員・その他（　　）
任意保険 所在地・連絡先	(〒 123 － 5678) 東京都 ○○区 ○○2丁目3番4号 保険会社の連絡先 03 － 1234 － ××××
任意保険 部署名	首都圏本部 東京損害部 東京損害課
担当者氏名	○ ○ ○ ○

備考	

《添付書類》
【共通】
◎事故発生状況報告書+念書(兼同意書)◎誓約書
【交通事故の場合】
①交通事故証明書(原本もしくは保険会社原本証明 写でも可)
②人身事故証明書入手不能理由書(①が「物件事故」扱いの場合)

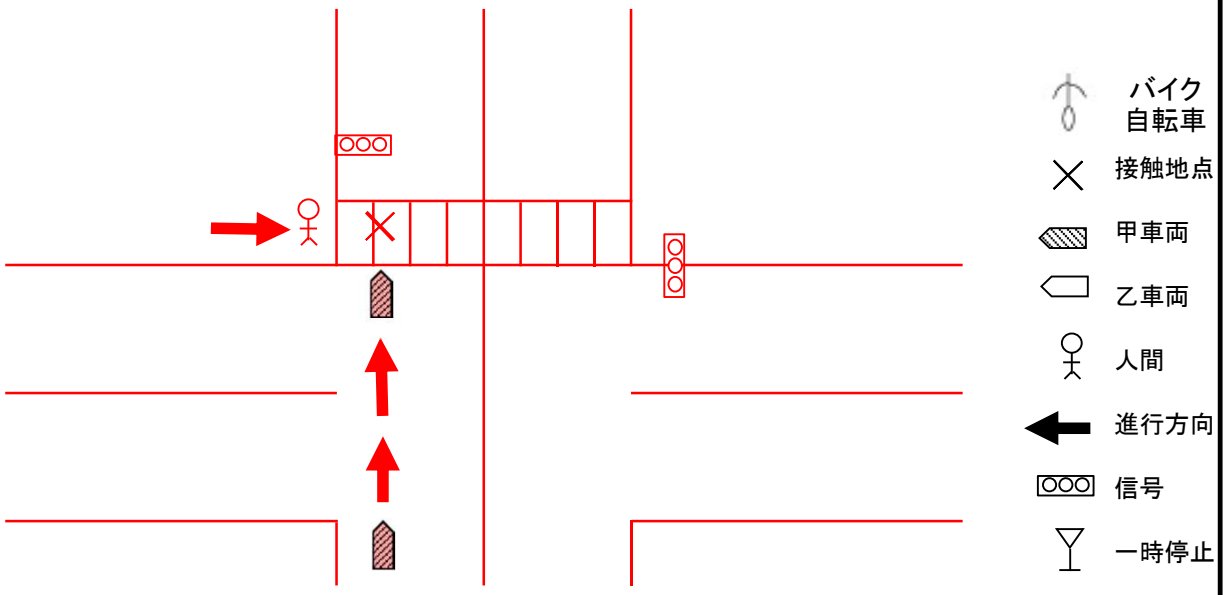
健保使用欄	請求先	健保受付印
	□自賠責 □任意 □加害者 □本人	
	年 月 治癒・症状固定	

2024.12

事故発生状況報告書 G

当事者	甲（相手方氏名）	保険次郎	■ 自動車 □バイク □ 自転車 □ 歩行 □ その他（ ）
	乙（受診者氏名）	健保 花子	□ 自動車 □バイク □ 自転車 ■ 歩行 □ その他（ ）
速度	甲車両 50 km/h（制限速度 40 km/h） 乙車両 km/h（制限速度 km/h）		

事故現場における状況を図示してください



上図の説明	信号のある交差点を青信号に従い横断歩道を歩いて渡っていたところ、 右側より赤信号を無視して直進してきた自動車衝突され、右大腿部打撲のケガを負った。

報告者 乙との関係 （ 本人 ） 氏名 健保 花子 ㊞

念 書（兼 同 意 書）

事故発生日	2024 年 2 月 2 日（ ■ 午前・□ 午後） 10:30 頃		
受診者氏名（被害者）	健保 花子	相手方氏名（加害者）	保険 次郎

上記第三者行為事故において、健康保険法による保険給付を受けた場合、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、パナソニック健康保険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異議の無いことを、ここに書面をもって申し立て、次の事項を守ることを誓約・同意します。

①加害者（相手方）と示談を行なおうとする際は、事前にその内容を申し出ること。
②加害者（相手方）に白紙委任状を渡さないこと。
③加害者（相手方）から金品を受けたときは、受領年月日・内容・金額をもれなくかつ遅滞なく健康保険組合に届け出ること。
④治療が完了した場合には、治療完了日を必ず報告すること。
⑤健康保険組合が加害者（損害保険会社）へ損害賠償請求をする際に必要な「事故発生状況報告書」「診療報酬明細書（写）」「交通事故事故証明書」を提供すること。
⑥当該の第三者行為事故について、損害賠償請求に関して必要な情報（過失割合・症状固定日等）を加害者が加入する 損害保険会社・共済団体等より情報の提供を受けること。
⑦この念書(兼同意書)を保険会社等へ提示すること。

パナソニック健康保険組合 御中

2024 年 2 月 5 日

（〒 570 －××××）
住所 大阪府守口市 ○○○○1-12-123

被保険者署名 健保 太郎 ㊞

↑受診者が被扶養者の場合も被保険者の氏名を記入のこと

（相手方に記入いただく書類）

誓 約 書（第三者 記入用）　G

事故発生日	２０２４ 年 ２ 月 ２ 日(■午前・□午後)１０時３０分ごろ
事故発生場所	大阪府 門真市 △△△△町 9-8-765
相手方(加害者)	保 険 次 郎
被害者	健 保 花 子

上記事故について被害者は、健康保険による給付を受けました。 そのため、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、健康保険法第57条(損害賠償請求権の代位取得)の規定に基づく貴組合からの損害賠償の請求には、私が責任を持って貴組合にお支払いいたします。

また、あわせて次の事項を遵守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、必ず前もって貴組合に申し出ること。
4. 貴組合からの問い合わせ・資料提出の依頼に、誠意をもって応ずること。
5. 加害者側の連帯保証人(任意保険会社)は、貴組合に対し、連帯して治療費を負担すること。
6. 貴組合が立て替えた治療費は、当事者間の過失割合により、当方の過失相応分に対する部分を支払うこと。

以上

パナソニック健康保険組合　御中

2024 年　2 月　4 日

加害者	住所	(〒 105 － ××××) 東京都 〇〇区 〇〇 1丁目2番3号
	氏名	保 険 次 郎　㊞
	連絡先	03 － 234 － ××××

連帯保証人	住所	(〒 105 － ××〇〇) 東京都 〇〇区 △△ 5丁目6番7号
	氏名	保 険 一 郎　㊞
	連絡先	03 － 678 － ×〇〇×

↑加害者の任意保険が治療費の補償に応じる場合、連帯保証人欄のみの記入も可

備考	