第三者行為による傷病届（則65条）

被害者情報	被保険者証	記号	9999	被保険者氏名	東　薬　　太　郎
		番号	9999	生年月日	昭和・平成　57　年　7　月　1　日生
				住所	〒 250-0408　☎ 0460　82　3395 神奈川県足柄下郡箱根町強羅1320-920
	被保険者の勤務先事業所	名称	東京　株式会社		
		所在地	〒 110-0015　☎ 03 － 3833 － 3271 東京都台東区東上野1-27-2-4階		
	被扶養者の方が事故に遭ったとき	氏名	東　薬　　花　子	続柄	妻
		生年月日	昭和・平成・令和　58　年　5　月　1　日　生		
第三者情報	第三者（相手方）	氏名	企　画　　次　郎	生年月日	昭和・平成・令和 54　年　5　月　6　日生
		住所	〒 398-0001　☎ 0261 － 22 － 1718 長野県大町市平1915		
	第三者の勤務先	名称	薬業工業　株式会社		
		所在地	〒 110-0015　☎ 03 － 3833 － 3235 東京都台東区東上野1-27-2-6階		
	第三者（相手方）が不明のとき	その理由			
事故内容	傷病名		・右上腕骨骨折 ・頸椎捻挫	事故発生年月日	令和 6　年　5　月　7　日　火　曜日 午前・午後　8　時　30　分頃
	事故発生場所		東京都千代田区永田町2-17-2　先路上		
	種別		自動車事故・その他（　　）		
	警察官の立合		あった　・　ない　・　ないが届出済　・　わからない		
	所轄署		麹　町　　警察署		
	備考				

◎ 本件は業務上・通勤途上災害以外の事故によるものに相違ありません。

被害者　氏名　東　薬　　花　子

【受付日付印】

※【健康保険法第57条】　損害賠償請求権の代位取得

第三者の行為（事故・傷害等）による治療について保険証を使用したときは、健康保険組合がその価額の限度（原則：治療費の７割分）について第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得します。

このことを代位取得といいます。

この届に添えて提出する書類	1. 交通事故証明書（人身事故・原本）・・・交通事故の場合のみ添付してください。 2. 事故発生状況報告書 3. 診断書写し

記入についての注意点

- 別紙「事故発生状況報告書」には第三者(相手方)の行動及び被害者の行動を詳細にご記入ください。
- 事故状況略図に地図をご記入の際は場所が明確になるよう目印（コンビニ等）も書き添えてください。
- 加入者の過失が大きい場合であっても被害者（乙）としてご記入ください。

治療の状況	受診医療機関	名称	① 薬業病院	② 薬業クリニック	③ 薬業調剤薬局
		所在地	東京都千代田区永田町2-17-2 ☎ 03-3581-1622	東京都台東区東上野1-27-2-2階 ☎ 03-3833-3141	東京都台東区東上野1-27-2-1階 ☎ 03-3833-3235
	治療の期間		自:令和 6 年 5 月 7 日 〜 至:令和 6 年 5 月 17 日	自:令和 6 年 5 月 18 日 〜 至:令和 年 月 日	自:令和 6 年 5 月 18 日 〜 至:令和 年 月 日
		上記のうち入院期間	自:令和 6 年 5 月 7 日 〜 至:令和 6 年 5 月 10 日	自:令和 年 月 日 〜 至:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日 〜 至:令和 年 月 日
	治療経過		治ゆ・継続中・(中止)	治ゆ・(継続中)・中止	治ゆ・(継続中)・中止
	治療費の支払方法	健康保険	自:令和 年 月 日 至:令和 年 月 日	自:令和 6 年 5 月 18 日 至:令和 年 月 日	自:令和 6 年 5 月 18 日 至:令和 年 月 日
		第三者(相手方)	自:令和 年 月 日 至:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日 至:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日 至:令和 年 月 日
		全額自費	自:令和 6 年 5 月 7 日 至:令和 6 年 5 月 17 日	自:令和 年 月 日 至:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日 至:令和 年 月 日

任意保険の加入状況

		第三者(相手方)の任意保険 (相手方の任意保険会社が仲介するとき)	ご自身の加入する任意保険 (人身傷害補償保険加入状況)
保険契約者	住所	〒 398-0001 長野県大町市平1915	〒 250-0408 神奈川県足柄下郡箱根町強羅 1320-920
	フリガナ 氏名	キカク ジロウ 企画 次郎	トウヤク タロウ 東薬 太郎
保険会社名等		東薬海上損害保険株式会社	薬業海上火災保険株式会社
証明書番号(証券番号)		A123-456789	987-B123456
保険期間		自: 令和 6 年 5 月 1 日 至: 令和 6 年 12 月 31 日	自: 令和 6 年 5 月 1 日 至: 令和 6 年 12 月 31 日
保険会社住所	所在地担当者	〒 100-0014 東京都千代田区永田町2-17-2-3階 損害調査第一課 調査 進太郎 ☎ 03-3581-1287	〒 351-0111 埼玉県和光市下新倉6-7-28 首都圏第一サービスセンター 運動 大介 ☎ 048-461-7605
		任意対人一括の有無 ☑有 ☐無 関与の有無をチェック	被害者加入の保険会社の関与 ☐有 ☐無 関与の有無をチェック
備考			

事故発生状況報告書

※上段は自賠責保険・下段は任意保険の番号

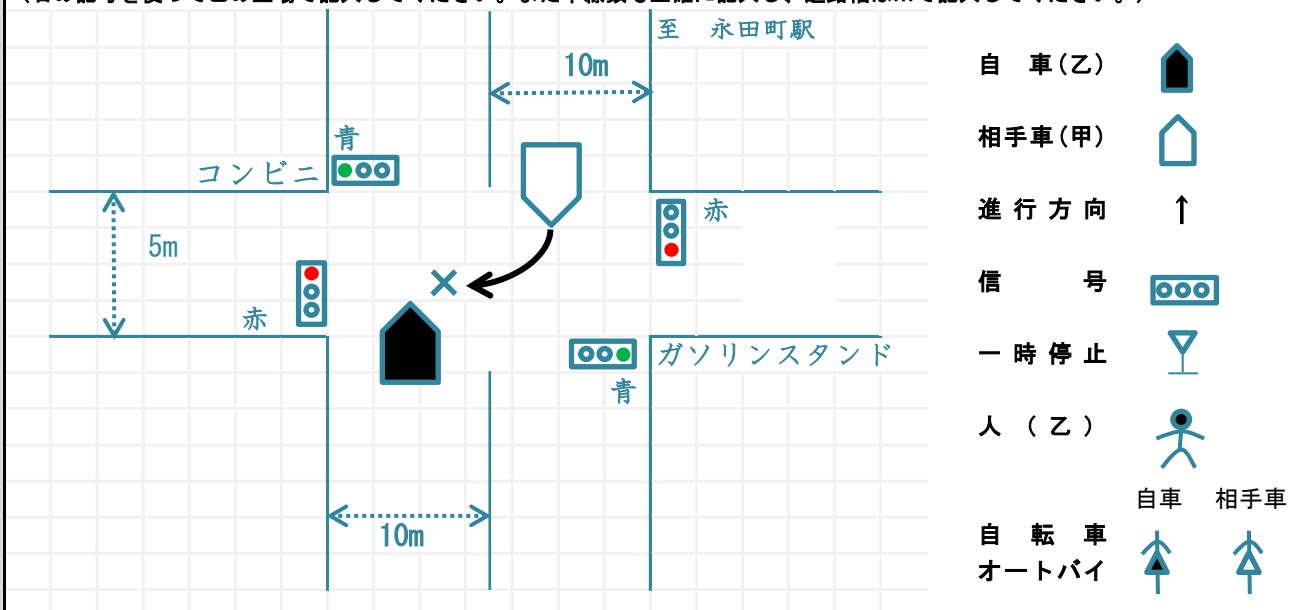
保険証明書番号	AB33322211 A123-456789	当事者	甲（加害運転手）氏名	企画　次郎 ☎ 0261-22-1718	
自動車の番号	東京300あ1234		乙（被害者）氏名	東薬　花子 ☎ 0460-82-3395	(運転)・同乗 歩行・その他

状況	日	□出勤日	☑休日（定休日・休暇を含む）	□その他（　　）	
	出勤日の場合	□勤務時間中（パート・アルバイト含む）	□通勤途上	□出張中	□私用
	場所	□会社内	☑道路上	□自宅	□その他（　　）
	労災特別加入	□加入有	□加入無	※被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入	

天候	(晴)・曇・雨・雪・霧	交通状況	(混雑)・普通・閑散	明暗	明るい (暗い)		
道路状況	舗装	(してある) してない	直線・カーブ	平坦・(上り坂)・下り坂	見通し	(良い) 悪い	
	積雪路・凍結路		(幹線道路)	住宅地・商店街	歩道	(ある) ない	(両・片)
信号又は標識	信号	ある（(青)黄 赤） ない	禁止標識（一時停止等）	(ある) ない	その他の標識	(ある) ない	自転車通行帯	(ある) ない
速度	甲車両	走行速度 50 km/h 制限速度 60 km/h		乙車両	走行速度 40 km/h 制限速度 60 km/h		

事故現場の自動車と被害者の状況を図示してください。

（右の記号を使って乙の立場で記入してください。また車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入してください。）



上記図の説明を書いてください。

信号機のある交差点で、(乙)が青信号で直進していたところ、対向方向から(甲)が合図なしに突然右折してきたため、避けきれずに衝突した。

別紙交通事故証明に補足して上記のとおり報告します。

令和 6 年 5 月 30 日

報告者　甲との関係（　　）

乙との関係（ 本人 ）

東薬　花子　㊞

念　　書

（場所）

令和　6　年　5　月　7　日　東京都千代田区永田町2-17-2　先路上　において

第三者（相手方氏名）　　（受診者氏名）

企　画　次　郎　の行為により　東　薬　花　子　の被った傷病について、健康保険法の規定による保険給付を受けた場合は、私が第三者(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条の規定に基づき、東京薬業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立てます。

なお、併せて次の事項に対し同意し、遵守することを誓約します。

1. 自賠責任保険（共済）及び任意保険等への請求に際し、診療報酬明細書（写）等を添付することに同意すること。
2. 自賠責任保険（共済）及び任意保険等への請求に際し、貴組合から必要な添付書類等の提出を求められた場合には、遅滞なく提出すること。
3. 第三者と示談を行う場合には、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
4. 第三者側に白紙委任状を渡さないこと。
5. 第三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、かつ遅滞なく貴組合に届け出ること。
6. 組合が保険給付又は損害賠償の支払いの請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること。
7. 組合が必要な時、「示談書」及び「後遺障害診断書」を貴組合に届け出ることについて承諾すること。

令和　6　年　5　月　30　日

受　診　者（未成年の場合は親権者等）

住　所　〒 250-0408

神奈川県足柄下郡箱根町強羅1320-920

☎ 0460-82-3395

氏　名　東　薬　花　子　㊞

東京都千代田区永田町二丁目１７番２号

東京薬業健康保険組合

理　事　長　殿

誓　　約　　書

1. 事故年月日　　令和6 年　5月　7日　午前・(午後)　8時　30分ころ

2. 事故発生場所　　東京都千代田区永田町2-17-2　先路上

3. 受診者氏名　　東薬　花子

上記受診者に傷害を負わせましたが、この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付の限度において貴組合が代位取得し、貴組合から損害賠償金（保険給付）の請求を受けた時は、私の過失割合により納付することを誓約しますので、貴組合で一旦立替え（保険給付相当分）頂きたく、お願い申し上げます。

令和　6　年　5　月　31　日

損害賠償金支払義務者（未成年の場合は親権者）

住　所　〒 398-0001
長野県大町市平1915
☎ 0261-22-1718

氏　名　企　画　次　郎　㊞

連帯保証人

住　所　〒 100-0014
東京都千代田区永田町2-17-2-3階
☎ 03-3581-1287

氏　名　東薬海上損害保険株式会社
損害調査第一課
調　査　進　太　郎　㊞

【相手方の任意保険会社が介入している場合】
相手方加入の保険会社担当者が了承したときは氏名等を記入するよう依頼してください。
※それ以外は連帯保証人をたてて個人名を記入するようにしてください。

番２号

人身事故証明書入手不能理由書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿御中

■人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由を教えてください。

（人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。）

理　由 ※該当する項目に〇印をしてください。 ※複数に該当する場合は、すべてに〇印をしてください。	○ 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため ◎ 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した（もしくは終了予定 ○ 公道以外の場所（駐車場、私有地など）で発生した事故のた ○ 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。） 【理由】 ○ その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】

該当する項目に〇印をお願いいたします

◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。

届出警察	警察　　担当官 （判明している場合）	届出年月日	年　　月　　日

裏面へ　⇒　交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。

■人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。

◆上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実に相違ありません。

◎当事者
○ 目撃者
○ その他（　　）
※該当する項目に〇印をしてください。

住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿　記入日　　年　　月　　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

ご署名・捺印をお願い致します

（注）当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求する側（契約者、運転手など）の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償する側には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

（保険会社使用欄）　該当する□のすべてに✓する。

□人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。
□請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実に相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆確認日	◆確認先	◆確認方法
年　月　日	□病院　□目撃者　□運転者　□被害者　□修理工場　□その他	□電話　□文書　□面談
年　月　日	□病院　□目撃者　□運転者　□被害者　□修理工場　□その他	□電話　□文書　□面談
年　月　日	□病院　□目撃者　□運転者　□被害者　□修理工場　□その他	□電話　□文書　□面談
◆その他・特記事項		

【事案情報　被害者名　　事故日：令和　　年　　月　　日】

○交通事故概要記入欄
（物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。）

発生年月日時			6 年 5 月 7 日 午前 (午後) 8 時 30 分頃 天候		
発生場所			東京都千代田区永田町2-17-2 先路上		
当事者	甲	住所	神奈川県足柄下郡箱根町強羅1320-920	電話	0460（82）3395
		氏名	東薬 太郎	生年月日	大 (昭) 平・令 57年7月1日 (41) 才
		自賠責保険契約先	薬業海上火災保険株式会社	自賠責保険証明書番号	第 ABC123456789 号
		登録番号		事故時の状況	(運転) 同乗（甲・乙）・歩行・その他
	乙	住所	長野県大町市平1915	電話	090（2524）9415
		氏名	企画 次郎	生年月日	大 (昭) 平・令 54年5月6日 (44) 才
		自賠責保険契約先	東薬海上損害保険株式会社	自賠責保険証明書番号	第 XYZ123456789 号
		登録番号		事故時の状況	(運転)・同乗（甲・乙）・歩行・その他
	丙	住所	神奈川県足柄下郡箱根町強羅1320-920	電話	03（3857）3959
		氏名	東薬 花子	生年月日	大 (昭) 平・令 58年5月1日 (40) 才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	第 号
		登録番号		事故時の状況	運転・(同乗)（(甲)・乙）・歩行・その他
	丁	住所		電話	
		氏名		生年月日	大・昭 平・令 才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	第 号
		登録番号		事故時の状況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他
	戊	住所		電話	
		氏名		生年月日	明・大 昭・平 才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	第 号
		登録番号		事故時の状況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他

※上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。