

交通事故負傷届 (第三者行為による傷病届)

届出日 : 令和 年 月 日

届出者 被保険者)	保険証の記号-番号	—		氏名	印	
	住所	〒				
	連絡先	自宅	携帯	—	—	
被害者	事業所名	会社	所属・部署		—	
	連絡先	—		—		
被害者	○をつけてください		被保険者本人 被扶養者			
	被扶養者の場合	フリガナ	続柄		年齢	学生・職業
		氏名	男	女	歳	就学前 小学 中学 高校 専門学校等 大学・大学院
		住所	〒		無職 パート・アルバイト 自営 その他 ()	
連絡先	—		—			
事故相手方 第三者)	フリガナ	年齢		自宅	〒	
	氏名	男	女	歳	連絡先	—
	勤務先	職業		所在地	—	
連絡先		—		—		
事故相手方の氏名・住所・連絡先等がわからない場合、その理由						
傷病の状況	事故当日の受診	受けた (入院・入院外)	受けた	使用した	医療機関名	
		受けなかった		使用しなかった	所在地 (市区町村名)	
	その後の受診状況	受けた・治療中 (入院・入院外)	受けた	使用した	医療機関名	
	受けていない		使用しなかった	所在地 (市区町村名)		
傷病名 (傷病の状況)						

●提出が必要な書類

- ① 交通事故負傷届 (第三者行為による傷病届) (その1)
- ② 交通事故 事故相手方の自動車損害賠償保険加入状況 (その2)
- ③ 事故発生状況報告書 (その3)
- ④ 念書兼同意書 (その4)
- ⑤ 交通事故証明書

常務理事	事務長	係

<交通事故> 事故相手方の自動車損害賠償保険加入状況

		自賠責保険		任意保険	
		加入 ・ 未加入		加入 ・ 未加入	
保険契約者氏名			加害者 との関係		加害者 との関係
保険契約者住所 (加害者本人以外の場合)					
保険会社名					
自動車保険証明番号					
保険契約期間		平成 ・ 令和 年 月 日 ~ 年 月 日		平成 ・ 令和 年 月 日 ~ 年 月 日	
保険会社 担当連絡先	店名 担当課				
	担当者名 連絡先	—		—	
	所在地	〒		〒	

<交通事故> 被害者（または被保険者）の任意保険加入状況

自動車損害賠償 <任意保険>	加入している	加入していない	保険契約者名
保険会社名 店名・担当課			保険会社担当者 名 連絡先
			—

念 書

令和 年 月 日 (相手方氏名) _____の行為により

(被害者氏名) _____の被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条第1項の規定によって、昭和シェル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、賠償金を受領されることに意義のないことを、ここに書面をもって申し立てます。

なお、保険事故が交通事故による場合は、昭和シェル健康保険組合が代位取得した損害賠償に対して自動車損害賠償責任保険から昭和シェル健康保険組合が充当支払いを受けられることに意義ありません。

併せて、次の事項を守ることを誓約します。

1. 加害者が示談を行おうとする場合は必ず事前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. 加害者から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、速やかに届け出ること。

令和 年 月 日

被保険者 住所

氏名

印

昭和シェル健康保険組合理事長 殿

同 意 書

私が交通事故で被った傷病により受けた健康保険法による保険給付は、健康保険法第57条の規定により、昭和シェル健康保険組合が保険給付の価額の限度において、私が加害者に対して有する賠償請求権を取得することになります。

つきましては、昭和シェル健康保険組合が損害賠償額の支払いの請求を加害者が加入する損害保険会社に行う際、請求書一式に当該保険給付にかかる診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金を受領したときは、昭和シェル健康保険組合は受領金並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

令和 年 月 日

被害者 住所

氏名

印

昭和シェル健康保険組合理事長 殿