

### 第三者行為による傷病届

項 目	内 容				
届出者	被保険者証記号番号(組合名)	— (群馬県自動車販売健康保険組合)			
	健康保険組合の住所	群馬県前橋市野中町564			
	被保険者氏名	印			
(受診者) 被害者	氏名・性別・年齢	男・女 歳			
	続柄・生年月日	本人・家族 年 月 日			
	住所・電話				
(第三者) 加害者	氏名・性別・年齢	男・女 歳			
	住所・電話				
事故発生	事故発生日時	年 月 日 時 分			
	事故発生場所				
自賠責保険 (加害者)	保険会社名				
	保険契約者名				
	登録番号				
	車台番号				
	保険期間 / 自賠責番号	年 月 日	~	年 月 日	
任意保険 (加害者)	保険会社名				
	取扱店所在地・電話				
	担当者名 / Eメール				
	保険契約者名				
	住 所				
	保険期間 / 契約番号	年 月 日	~	年 月 日	
	任意対人一括の有無	有・無			
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有・無			
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話				
	所 在 地			入院の有無 有・無	
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話				
	所 在 地			入院の有無 有・無	

**本件は、業務上又は通勤による交通事故ではありません。**

(注)保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。

○添付する書類(交通事故の場合)

1. 「自動車安全運転センター」発行の交通事故証明書又は交通事故証明書入手不能理由書 2. 事故発生状況報告書 3. 同意書

群馬県自動車販売健康保険組合 御中

## 同 意 書

私が加害者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第57条の規定により、貴健康保険組合が保健給付の限度において取得することになります。

つきましては、貴健康保険組合が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係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、保険金等を受領したときは、貴健康保険組合は受領金額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。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社）と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（保険会社）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

令和 年 月 日

届出者（被保険者）

住 所

氏 名

印

## 事故発生状況報告書

自賠償保険 証明書番号	第	号	当 事 者	甲 (加害者運転者)	氏名 TEL( )					
自動車の ナンバー				乙 (被害者)	氏名 TEL( ) 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	積雪路 ・ 凍結路						
信号又は標識	信号 ある ない	駐車禁止	されている されていない	その他標識						
速 度	甲車両 km/h (制限速度 km/h)		・ 乙車両 km/h (制限速度 km/h)							
事故現場における自動車と被害者との状況を図示して下さい。	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい。)									
						自 車				
						相手車				
						進行方向				
						信 号				
						一時停止				
						人				
						自転車 バイク				
						書いて下さい。				

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおり報告します。

令和 年 月 日

報告者

甲との関係  
( )  
乙との関係  
( )

氏名

印

群馬県自動車販売健康保険組合 御中

同意書

貴健康保険組合が損害賠償額の支払いの請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保健給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

令和 年 月 日

被扶養者・法定代理人

住 所

氏 名

印

(未成年者等氏名： )

(注)被扶養者が未成年者等の場合には法定代理人が記入して下さい。

# 治療終了報告書

下記のとおり治療が終了したことを報告します。

健保記号番号	氏名	住所
—		

令和 年 月 日

## 記

医療機関名	治療開始年月日	治療終了年月日
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日
備考		

治療終了後、すみやかに必要事項を記入し、当健康保険組合へ送付して下さい。

送付先

〒379-2166

群馬県前橋市野中町564番地

群馬県自動車販売健康保険組合