

第三者の行為による傷病届

本人・家族

被害者・加害者関係	被保険者等	記号	氏名			
	記号・番号	番号	現住所			
	被保険者が勤務している事業所	名称				
		所在地				
	被扶養者が受けた事故であるとき	氏名		被保険者との続柄		
	加害者 (相手方)	氏名		生年月日	昭平	年 月 日
		現住所	(TEL:)			
	加害者の勤務先 (相手方)	名称又は氏名		職業内容又は職業		
		所在地又は住所	(TEL:)			
	加害者の自動車保険 (相手方)	自賠償保険会社				
住所		(TEL:)				
加入保険会社名	任意保険会社		保険証書番号			
	住所	(TEL:)				
事故内容	傷病名		発生日 年月日	令和	年 月 日	
	発生場所					
	種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打・殺傷・その他 ()				
	事故結果	即死・入院直後の死亡 (死亡 年 月 日) ・治療 入院中の死亡				
	警察官の立会	あった・ない・ないが届出済・わからない				
	所轄署	警察署		派出所		
	過失の度合	自分なんぶ		相手なんぶ		
0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10		0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10				

◇該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

令和 年 月 日

様

キッコーマン健康保険組合
理事長 武智 正裕

損害賠償請求権の代位取得の件

(被害者氏名)

令和 年 月 日当健康保険組合 に係わる交通

事故による治療費は当健康保険組合が代位支払を行いましたので法第57条
により第三者に対して有する損害賠償請求の権利を取得した。

同意書

上記第三者行為の損害賠償請求に対する権利はキッコーマン健康保険組合に
移行することに同意いたします。

住所

氏名

印

念 書

令和 年 月 日 「 (場 所) 」において
(加害者氏名) 「 」の不法行為により (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権を、健康保険法第57条の規定によって、キッコーマン健康保険組合が給付の価格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、併せて次の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 加害者と示談を行う場合は、必ず前もって貴職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、受領年月、受領金額をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
4. 自動車損害賠償責任保険に被害者請求をする場合には、必ず前もって貴職に連絡すること。

令和 年 月 日

住所

氏名

印

キッコーマン健康保険組合

理事長 武智 正裕 殿

事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に捕捉して下記のとおり報告いたします。

甲（加害運転者）	氏名		乙（被害者）	氏名		運転・同乗 歩行・その他
速度	甲車	km/h（制限速度	km/h）、甲車以外の車	km/h（制限速度	km/h)	
道路状況	見通し	良い 悪い	道路幅	甲車側（	m）、甲車以外の車側（	m)
信号又は標識	信号	有・無	一時停止標識	有・無	その他の標識	
事故現場における自動車と被害者との状況を图示してください。	事故発生状況略図					
上記図の説明を書いて下さい。						

令和 年 月 日

報告者氏名 _____ 印

治療中の医療機関

下記に、診療機関名、診療開始日及び治療に要する期間、そして病院名をお知らせください。（3病院まで記入できます）

◇治療期間

治療開始日 月 日～
どれくらい迄 ～ 月 日頃まで。

①病院名 _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日

②病院名 _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日

③病院名 _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日

*完治の場合、 年 月 日 ～ 月 日まで。

①病院名 _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日

②病院名 _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日

③病院名 _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日