

負傷届(第三者行為用)

必要事項について記入、および○をつけてください。ボールペンを使用してください。

No.1

負 傷 者	被保険者(被扶養者)の 記 号 番 号		被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日	昭 平	年	月	日
	被 保 険 者 の 住 所	〒 -		TEL	職 種				
	勤 務 先 の 名 称				所 在 地				
	負傷者が被扶養者の 場合はその方の氏名				生 年 月 日	昭 平	年	月	日
負 傷 発 生 状 況	発 生 年 月 日	年 月 日 ()			午前・午後	時 分 頃			
	発 生 現 場				発 生 原 因	勤務時間中・通勤途上・その他			
	負 傷 名								
	どこで(場所)、何の目的で、何をしていた、何が原因で負傷されましたか。 また、移動中であれば、どこからどこへ移動しようとしていましたか。 健康保険給付(業務外/第三者行為外)の判断資料となりますので、負傷された時の状況について、 できるだけ詳しくご記入ください。								
通勤経路と所要時間		自宅-()-()-()-()-会社						所 要 時 間 約 時間 分	
事 故 発 生 日 の 事	就 業 場 所 名 称				場 所				
	就 業 開 始 時 刻	午前・午後 時 分 頃		就 業 終 了 時 刻	午前・午後 時 分 頃				
	自 宅 を 出 た 時 間	午前・午後 時 分 頃		退 社 時 間	午前・午後 時 分 頃				
診 療 を 受 け た 病 院 名 等	名 称				診 療 期 間	自 年 月 日		自費	
	所 在 地					至 年 月 日		健保	
	名 称				診 療 期 間	自 年 月 日		自費	
	所 在 地					至 年 月 日		健保	

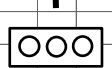
相手方 (加害者)	氏 名		生 年 月 日		年 月 日		業務の種類	
	住 所		〒 -				TEL	
	勤務先名称						TEL	
	所在地		〒 -					
	加害者が不明の時はその理由							
警察への届出		届出済・届出なし		警察署		派出所		
		事故証明書		もらっている・もらっていない		その他		
自動車 で事故が 生じたとき	自動車保有者	氏名			加害者の関係	本人・その他()		
		住所						
	保険契約者	氏名			保有者の関係	本人・その他()		
		住所						
	加害者の自動車	区別			登録番号又は車両番号			車台番号
	加害者はどこからどこへどういう用務、 目的で走行していましたか			工作中 ・ その他 ・ わからない ()				
	自賠責保険	自動車損害賠償責任保険	加入している 未加入	契約期間		自 年 月 日 至 年 月 日		
		保険会社の名称						TEL
		保険会社の住所	〒 -					
		自賠責保険証明書番号	第 号					
任意保険	任意保険	加入している 未加入	契約期間		自 年 月 日 至 年 月 日			
	保険会社の名称						TEL	
	保険会社の住所	〒 -						
	自動車保険証書番号	第 号						
損害賠償受領の状況	賠償金の内訳	種 別	賠償請求	賠償受領				
			期 間	日 数	金 額	期 間	日 数	金 額
		慰 謝 料						
		埋 葬 料						
		休 業 補 償						
		医 療 費						
		計						
示談等の状況	示談成立 年 月 日		本訴・調停・和解・申請中 年 月 日		結審 年 月 日			
	◎示談が成立しているときはその写しを添付してください。							

事故発生状況報告書

大阪府電気工事健康保険組合 御中

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

No.3

甲(甲車の運転者)氏名		乙(被害者)氏名		運転・同乗 歩行・その他	
甲車		甲車以外の車		甲車以外の車	
Km/h(制限速度)		km/h(制限速度)		km/h(制限速度)	
見通し(良い・悪い)		道路幅		m)	
信号又は標識		信号(有・無)		一時停止標識(有・無)	
その他標識					
事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください)					
事故発生状況を図示してください。		甲車			
		甲車以外の車			
		進行方向			
		信号			
		一時停止			
		一方通行			
		人			
		自転車			
		オートバイ			
		上記図の説明を 書いてください。			

年 月 日
報告者 甲との関係() 氏名
乙との関係()

念 書

年 月 日、(場所:)に
 おいて(相手方:)の不法行為により(当方:
)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条の規定に
 よって、貴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、損害保険会社へ医療費等の請求をする際、病名・医療費の額等が
 明記されている診療報酬明細書等の写しを使用することに同意します。

また、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする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. 加害者側から損害賠償を受けたときは受領年月日、内容、金額(評価額)
 をもれなく、かつ遅延なく貴職に届け出ること。

加害者に直接請求を行う場合に、記入された被害者情報は加害者に伝わり
 得ることがあります。被害者の求めにより、被害者情報を加害者に伝わらない
 よう配慮するように以下の申し出を行うことができます。

被害者情報を開示しないよう申し出を行う。 はい ・ いいえ

年 月 日

住 所 〒

被 保 険 者 名

被 扶 養 者 名

※被扶養者が受けた事故であるときは連名でご記入ください。

大阪府電気工事健康保険組合 理事長様

誓 約 書

加 害 者 住 所
氏 名

被 害 者 住 所
氏 名

事故発生日時 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃

事故発生場所

事 故 状 況

上記第三者行為による事故のため貴組合被保険者(被害者)の被った災害に関する健康保険法に規定する保険給付費(治療費、傷病手当金等)については、加害者である私が責任をもって全額もしくは過失割合に応じて支払うことを誓約いたします。

なおあわせて次の事項を遵守します。示談を行おうとする場合は必ず前もって貴組合にその内容を申し出ます。

年 月 日

大阪府電気工事健康保険組合 理事長 殿

住 所
誓 約 者 氏 名