

第三者の行為による傷病届

(健康保険法施行規則第 65 条)

※ 該当事項を○で囲んで下さい。

受付日	令和 年 月 日			
専務理事	常務理事	事務長	主 担 者	係 員

被保険者証 記号・番号	—			事業所名	TEL (内線)	
事 故 の 日 時	年 月 日 午前 時 分 午後			事 故 の 場 所		
	(月、火、水、木、金、土、日)			事 故 種 別	自動車事故・自転車事故・バイク事故 その他の事故 () 殴打・刺傷・その他 ()	
被害者の 住 所	(住 所) 〒 —			加 害 者 の 住 所	(住 所) 〒 —	
	TEL () —				TEL () —	
氏 年 続 柄	(フリガナ) (氏 名)			氏 年 続 柄	(フリガナ) (氏 名)	
	(男・女) 才				(勤務先) (男・女) 才	
職 業	続 柄		職 業		TEL () — (車両保有者との関係)	
診 療 を 受 け た 病 院	病 院 名 TEL () —			加 害 車 両 保 有 者	(住 所)	
負 傷 の 程 度	保険診療開始日 年 月 日 主傷病名 入院治療 通院治療				(氏名又は会社名) (保険契約者名) (契約者との関係)	
被害者の 交 通 方 法	徒歩、自転車、原付自転車、オートバイ、バス トラック、軽乗用車、普通乗用車、タクシー 同乗中、その他 ()			加 害 者 の 車 両	自転車、原付自転車、オートバイ、トラック、 軽乗用車、普通乗用車、タクシー、バス その他 () (車輛番号)	
過 失 の 度 合 い	自分がなんぶぐらい (割)			加 害 者 の 自 動 車 保 険 加 入 状 況	自 賠 責 保 険	(会社名称)
	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10					(証券番号) 第 号
相手がなんぶぐらい (割)			任 意 保 険		(契約期間) ~	
0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10					(会社名称)	
備 考				(証券番号) 第 号	(契約期間) ~	

上記の通り、第三者の行為による傷病を届けます。

令和 年 月 日

CNCグループ健康保険組合 理事長 殿

(〒 —)

被 保 険 者 住 所

氏 名

印

電話番号 () —

- (注) ● 通勤途上や業務上のケガや病気は、**労災保険が適用**され、健康保険は使えません。
● 警察へ診断書を提出し、**人身事故の交通事故証明書**(保険会社原本証明でも可)をご提出下さい。
● **治療・治療中止・症状固定等**と診断された場合、及び**示談交渉**を行う前には必ずご連絡下さい。

念 書 (兼 同 意 書)

災害発生年月日	平 令 年 月 日	災害発生場所	
被害者氏名		加害者氏名	

- 上記保険事故について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が相手側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し立てます。
なお、あわせて以下の事項を遵守することを誓約します。
 - 治癒、治療中止、治療終了または症状固定と診断された場合、もしくは加害者と示談を行なおうとする場合は、必ず健康保険組合にその内容を申し出ること。
 - 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
 - 加害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、かつ遅滞なく健康保険組合に届出ること。
 - 保険給付の限度において、自動車損害賠償保険金（共済金）にCNCグループ健康保険組合より私が優先して受領したために、組合が受領すべき金額の全部または一部を受領できなかった場合は、組合が受領できなかった金額を私が組合に弁済すること。
- 上記保険事故について、私の個人情報およびこの念書(兼同意書)の取り扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - 健康保険組合が加害者(損害保険会社)に損害賠償請求をする際に必要な「事故発生状況書」、「診療報酬明細書(レセプト)写し」、「事故証明書」を加害者(損害保険会社)に提供すること。
 - 健康保険組合が私の保険事故の給付の損害賠償請求に関して必要な事項(保険会社等から受けた金品の有無およびその金額・内訳(その見込みを含む)等)について、保険会社から情報提供を受けること。
 - この念書(兼同意書)を保険会社等へ提示すること。

令和 年 月 日

CNCグループ健康保険組合 理事長 殿

住 所
被保険者
氏 名

印

誓 約 書

(1) 事故発生年月日 _____ 年 月 日 (午前・午後) 時 分頃

(2) 事故発生場所 _____

上記の事故について加害者_____は、被害者_____
に対して負う、損害賠償につき、被害者が健康保険法による、保険給付を受けた場
合は、下記事項を遵守することはもちろん、その費用を保証人と連帯して、CNC
グループ健康保険組合に弁済することを誓約いたします。

記

1. 貴組合より、被害者が受けた保険給付の請求があったときは、遅滞なくその負担額
を貴組合に支払うこと。
2. 被害者が受けた保険給付の損害賠償については、常に誠意をもって貴組合の申し出
に応じること。
3. 被害者と示談を結ぶ場合は、事前に貴組合に申し出ること。
4. 加害者側の連帯保証人は、CNCグループ健康保険組合に対し、連帯して治療費の
責務を負担すること。
5. その他_____
6. 上記事項に違背した場合は貴組合において、いかなる処置をとられても異議の申し
立てをしないこと。

令和 年 月 日

CNCグループ健康保険組合 理事長 殿

加 害 者 本籍地 _____

現住所 _____

氏 名 _____ (印)

連帯保証人 本籍地 _____

(保険会社でも可) 現住所 _____

氏 名 _____ (印)

備 考

事故発生状況報告書

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。

甲（加害運転者）氏名		乙（被害者）氏名	運転・同乗 { 甲 車 甲車以外の車 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）																																
事故現場における衝突までの状況を図示して下さい。	事故発生状況略図（通路幅を m で記入してください。）																																
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">×</td> <td>衝突地点</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"></td> <td>甲 車 両</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"></td> <td>乙 車 両</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"></td> <td>自二・原付</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"></td> <td>自 転 車</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"></td> <td>歩行者、人</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"></td> <td>甲 の 進 路</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"></td> <td>乙 の 進 路</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"></td> <td>信 号 機</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"></td> <td>一次停止標識</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"></td> <td>その他の標識</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"></td> <td>ガードレール等</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"></td> <td>横 断 歩 道</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"></td> <td>橋 梁</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"></td> <td>カーブミラー等</td> </tr> </table>			×	衝突地点		甲 車 両		乙 車 両		自二・原付		自 転 車		歩行者、人		甲 の 進 路		乙 の 進 路		信 号 機		一次停止標識		その他の標識		ガードレール等		横 断 歩 道		橋 梁		カーブミラー等
×	衝突地点																																
	甲 車 両																																
	乙 車 両																																
	自二・原付																																
	自 転 車																																
	歩行者、人																																
	甲 の 進 路																																
	乙 の 進 路																																
	信 号 機																																
	一次停止標識																																
	その他の標識																																
	ガードレール等																																
	横 断 歩 道																																
	橋 梁																																
	カーブミラー等																																
上図の説明を書いて下さい。	（詳しく）																																

甲車以外の車について判明している場合、ご記入下さい。

自動車の番号		運 転 者	氏 名 (電話)
保 有 者	〒 住所	氏 名 (電話)	

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ()
 又は 氏名 _____ ④
 乙との関係 ()

任意保険加入状況（別紙）

加害者が、（自動車）任意保険に加入されている場合は、必ず下記事項をもれなくご記入下さい。

任意保険関係について	
加害者任意保険加入状況	加 入 ・ 未加入
保険の種類	自動車(対人賠償) ・ 自動車(人身傷害) 個人賠償(傷害) ・ その他()
任意保険の保険会社名 営業所・サービスセンター名称	
任意保険会社の所在地	〒
担 当 者 名	
電 話	() -
任意保険証券記号番号	
任意保険の契約者名	
任意保険の契約車両登録番号 (自動車保険の場合)	
被害者の任意保険人身傷害保険特約	加 入 ・ 未加入
備 考	

- (注) ・ 加害者が**任意保険未加入、または使用できない**場合で、被害者が**自動車人身傷害保険**を使用する場合は、被害者の任意保険加入内容をご記入下さい。
- ・ 加害者の**任意保険が利用できない**場合は、その理由を「備考」欄にご記入下さい。