

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|---------------------------------|--|----------|-------|---------------|--------------|-----|--------------|--|
| 被保険者 | 記号 | 〇〇 | 番号 | 〇〇〇〇 | 生年月日 | 昭和〇年〇月〇日 (〇歳) | | | | |
| | 事業所 | 〇〇〇〇 | | | | Tel | | | | |
| | 自宅住所 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇〇 | | | | | | | | |
| | 氏名 | 健保 太郎 | | | ② | Tel | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 | | | |
| 事故当事者 (当方) ※〇をつける | 1.被保険者 | 2.家族 ※事故当事者が家族の場合、右に家族の情報を記入 | | 氏名 | 健保 一郎 | | | | | |
| | | 生年月日 | 昭・平・令 | 〇年〇月〇日 | 続柄 | 長男 | | | | |
| 事故発生時の状況 | 発生日時 | 令和〇年〇月〇日 〇曜日 午前〇時〇分頃 午後〇時〇分頃 | | | | | | | | |
| | 発生場所 | △△県△△市△△△△ | | | | | | | | |
| | 通行手段 | あなた側 | <input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | |
| | | 相手側 | <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | |
| 負傷の状況 | 傷病名 | 頸椎捻挫 一例 | | | | | | | | |
| | 治療を受けた医療機関 | ①病院名 | 〇〇病院 所在地：□□県□□市□□□□ | | | | | | | |
| | | 受診期間 | 令和〇年〇月〇日～〇月〇日 入院・通院 | | | | | | | |
| | | 健康保険の使用 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 費用の支払 | 相手側・あなた側 | | | | |
| | | ②病院名 | 所在地： | | | | | | | |
| | 受診期間 | 年 月 日 ～ 月 日 入院・通院 | | | | | | | | |
| 健康保険の使用 | 有・無 | | 費用の支払 | 相手側・あなた側 | | | | | | |
| 相手の状況 | 住所 | 〒◇◇◇-◇◇◇◇ ◇◇県◇◇市◇◇◇◇ | | | | | | | | |
| | 氏名 | 山田 太郎 | | | tel | ◇◇◇-◇◇◇-◇◇◇◇ | | | | |
| | 職業 | 会社員 | 勤務先 | あいうえお製作所 | | | | tel | ◇◇◇-◇◇◇-◇◇◇◇ | |
| | 車台番号 | ナンバープレートの番号 | | | | | | | | |
| | 自賠責保険 | 証番号 | ◇◇◇◇ | | 保険会社名 | カキケコ保険会社 | | | | |
| | | 保険会社の住所 | 〒◇◇◇-◇◇◇◇ ◇◇県◇◇市◇◇◇◇ | | | tel | ◇◇◇-◇◇◇-◇◇◇◇ | | | |
| | 任意保険 | 証番号 | ◇◇◇◇ | | 保険会社名 | サシセソ保険会社 | | | | |
| | | 保険会社の住所 | 〒◇◇◇-◇◇◇◇ ◇◇県◇◇市◇◇◇◇ | | | tel | ◇◇◇-◇◇◇-◇◇◇◇ | | | |
| 個人情報保護関連 | 本件について事業所、保険会社、病院に問い合わせることに同意します。 はい・いいえ | | | | | | | | | |

◎ 提出書類

- ①第三者行為による傷病届、②事故発生状況説明書、③念書、④確約書
- ⑤事故証明（自動車安全運転センターで発行されます。交付申請書は派出所にあります。）

<この用紙は被保険者が記入してください。>

念 書

○年 ○月 ○日、(場所 △△県△△市△△△△)において
(相手氏名 山田 太郎)により、(事故当事者 健保 一郎)の被った傷病に
ついて、健康保険を使って受けた治療費のうち、貴組合が負担した金額を限度として、貴組合が直接相手側にその
費用を請求し受領すること、または私に代わり損害賠償金、損害保険金を保険会社に請求し、これを受領する
こと (健康保険法第57条「代位請求権の行使」にもとづく)に異議ありません。

なお、あわせて次の事項を遵守することを約束します。

1. 相手側と示談を行う場合は、事前に貴組合にその内容を報告すること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者側から金品を受けたときは、その内容(日時、品名、金額等)をもれなく、
かつ遅滞なく貴組合に報告すること。
4. 自賠責保険に被害者請求をする場合には必ず貴組合に報告すること。
5. レセプトの写しの損害保険会社への提供について同意すること。

以上

○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者住所 ○○県○○市○○○○

被保険者氏名 健保 太郎

㊞

富士車輛健康保険組合 理事長 殿

<この用紙は相手側の加入している保険会社の担当者あるいは相手側本人に記入してもらってください。事故当事者が被保険者です。>

損害賠償金納付確約書・念書

○年 ○月 ○日、(場所 △△県△△市△△△△)において
(相手側当事者 山田 太郎)と(事故当事者 健保 一郎)
との間において発生した事故により障害を負わせましたが、この障害に係る損害賠償請求権を保険給付価格の限度において、富士車輛健康保険組合が代位取得し、富士車輛健康保険組合から損害賠償金(保険給付)の請求を受けたときは、私の過失割合の範囲において納付することを確約しますので、保健給付してください。

なお、障害が交通事故による場合は、富士車輛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保険から、富士車輛健康保険組合が優先的に充当支払いを受けられることに意義ありません

また、自動車賠償責任保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合で、富士車輛健康保険組合が私に請求したときは、損害賠償に応じることをあわせて確約します。

○ 年 ○ 月 ○ 日

相手方・損害賠償支払義務者 (未成年の場合は親権者)

住所 ◇◇県◇◇市◇◇◇◇

氏名 山田 太郎 (印)

TEL ◇◇◇-◇◇◇-◇◇◇◇

富士車輛健康保険組合理事長 殿