

交通事故関連書類提出についてのお願い

第三者行為の届出については、下記の点にご留意の上、ご提出下さい。

記

1．第三者行為による傷病届

- (1) 加害者 (第三者) の保険加入状況欄は記入漏れの無い様にお願いします。
- (2) 提出日 (欄右上) は必ずご記入願います。

2．事故発生状況報告書

- (1) 事故発生状況略図は、被害にあった立場 (乙側) で出来るだけ詳しく記入して下さい。
尚、道路幅・道路名・標識・事故現場付近の目印となる建物も入れてください。
- (2) 報告日 (欄左下) は必ずご記入下さい。

3．念書

- (1) 事故期日、事故発生場所、加害者名を記入して下さい。
- (2) 尚、遵守、誓約頂いた内容は、必ず励行願います。
- (3) 氏名 (右下) は、被保険者氏名をご記入下さい。

4．交通事故証明書

- (1) 所轄の「自動車安全運転センター」で手続され、1部(原本)を送付下さい。
- (2) 交付されるまでに2週間程要しますので、後送でもかまいません。
(後送する場合、その旨メモを入れておいて下さい。)

5．提出先

ルネサス健康保険組合 郵送：[〒187-8588 東京都小平市上水本町 5-20-1]
社内便：[(む) ルネサス / # H1S2 / 健保]

6．その他

- (1) 押印漏れのない様お願いいたします。
- (2) 訂正が発生した場合、訂正印を押印して下さい。
- (3) 治癒又は症状固定の診断があった場合、また転院された場合には速やかに健保へ連絡して下さい。
- (4) 第三者行為の場合、自己負担分 (但し本人過失分を除く) については加害者または保険会社に、請求して頂くことになりますので、健保組合からは高額療養費及び付加給付金の支給は致しません。

以 上

第三者の行為による傷病届

健康保険法施行規則第 65 条の規定により、下記のとおり届けます。

枝番(-00)記入は不要です。 提出日 令和 年 月 日

被 保 険 者 証 記 号 - 番 号		-		被保険者の氏名						
被 保 険 者 の 勤 務 す る 事 業 所						従 業 員 番 号				
被 保 険 者 現 住 所						日中の連絡先 電話番号				
治 療 し た 対 象 者		氏名		続柄		生年月日	年 月 日			
事 故 発 生 日 時		平成 令和 年 月 日 ()		午前 午後 時 分頃	(業務内・外)(通勤途中・外)					
事 故 発 生 場 所										
事 故 発 生 の 責 任		加 害 者(第三者)		被 害 者(受診者)		両 方 わからない				
警 察 へ の 届 出		届出済 届けていない(理由)								
医療機関の名称・所在地		所在地				名称				
治 療 費 支 払 方 法		自費(健康保険は使用していない)		加害者負担(健康保険は使用していない)						
		健康保険使用		そ の 他						
傷 病 名 部 位 及 び 経 過 の 概 要		入院期間 自 月 日 至 月 日								
現 在 の 状 況		入 院 中		通 院 中		検査のみ 治療完了(月 日) 中 止				
第 三 者 相 手 方	氏 名					生年月日				
	住 所					電 話				
	保護者 勤務先	名 称 (氏 名)				職 種				
		住 所				電 話				
	自 動 車 保 有 者 と の 関 係					区 分	1.業務中 2.通勤途中 3.その他			
第 三 者 の 保 険 加 入 状 況	自 賠 責 保 険	保険証書番号				保 険 会 社	名称 (取扱店)		電 話	
		保 険 加 入 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日			住所	〒		
		保 有 者 氏 名					住所	〒		
		契 約 者 氏 名					住所	〒		
	自 動 車 の 種 別				登録番号				車台番号	
	任 意 保 険	保 険 加 入 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日		保 険 会 社	名称 (取扱店)		電 話	
							住所	〒		
		保 険 金 額 (対 人)					証明書番号		第 号	

事故発生状況報告書

別紙、事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲 (甲車の運転者)	氏名		乙 (被害者)	氏名		運転・同乗 走行・その他	甲車 甲車以外の車
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 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(m) 信号有無等を記入して下さい					甲 車	
						乙 車	
						進 行 方 向	
						信 号	
						一 時 停 止	
						一 方 通 行	
						人 間	
						自 転 車 バ イ ク }	
上記図の 説明を 記入 下さい。							

甲・乙車以外の車がある場合(3 台以上の事故)で確認出来ている時は下欄にご記入下さい。

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

甲との関係 ()

報告者 氏名

乙との関係 ()

念 書

年 月 日（事故発生場所： ）において
（加害者： ）の不法行為により（被害者： ）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条の規定によって健康保険組合(以下「健保」という)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、つぎの事項を遵守することを誓約します。

- 1．傷病に関して、保険会社、医療機関等へ問い合わせることに同意する。
- 2．加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって健保にその内容を申し出ること。
- 3．加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 4．加害者側から金品を受け取ったときは、受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく、健保に届出ること。
- 5．自賠償保険に被害者請求をする場合は、必ず前もって健保に届け出ること。
- 6．治療が終わったら（医師から完治したと診断された場合）速やかに健保に連絡のこと。

令和 年 月 日

住 所 _____

被保険者氏名 _____