

三菱重工健康保険組合 理事長 殿

第三者の行為による傷病届（交通事故）

被保険者欄	被保険者 記号・番号	<記号>	<番号>	被保険者 氏名		連絡先 TEL		
	事業所名				所属			
事故該当者				生年月日	年 月 日生	続柄		
相手方	氏名・年齢	(歳)	住所 連絡先TEL	〒 TEL				
	勤務先名称		所在地 連絡先TEL	〒 TEL				
	相手方が 不明のとき	不明な理由：						
	自賠償保険				任意保険（対人）			
	保険会社等 請求先名				保険会社等 請求先名			
	所在地	〒			所在地	〒		
	担当者名				担当者名			
	担当者 TEL				担当者 TEL			
	保険契約者				保険契約者			
	証明書番号				証明書番号			
自動車等 種別				自動車等 種別				
事故の内容	発生日時	年 月 日 時 分頃	発生場所					
	発生時の 状況	<input type="checkbox"/> 私用外出中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	警察への 届出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（無の場合その理由：)						
	過失の度合 (わかる範囲で)	当方：0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10 相手方：0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10						
治療状況	医療機関 名称等 (※)	TEL	治療費の 支払状況	<input type="checkbox"/> 全額自己負担 <input type="checkbox"/> 保険証使用+自己負担 <input type="checkbox"/> 全額相手方負担 <input type="checkbox"/> 保険証使用+相手方負担 <input type="checkbox"/> その他()				
	治療 開始日	年 月 日	治療終了・ 終了見込	年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療終了 <input type="checkbox"/> 治療終了見込			

※複数の医療機関を受診している場合は、その内容を本届出の余白等に記入願います。

組合記入欄		常務理事	事務長	担当	健保受付

- <注意>
1. 事故が発生したときは出来るだけ早くこの届を提出すること。
 2. 単独で示談等に応じてはならないこと。
 3. 警察への届出があった場合は本届出に交通事故証明書（原本）を必ず添付すること。

三菱重工健康保険組合 理事長 殿

誓 約 書

事故該当者

住 所

氏 名

電話番号

年 月 日 時 分頃 (場所)

において発生した交通事故（第三者行為）にかかわる上記事故該当者 _____ に
関する診療ならびに療養に要する費用について、貴健保組合による立替払いを行って下さる
ようをお願いします。

尚、貴健保組合が事故該当者ならびに医療機関に立替払いを行った費用について請求のあつ
たときは、過失割合に応じて指定納付期限までに私が責任をもって貴健保組合にお支払いする
ことを確約いたします。

また、事故該当者に対して誠意ある示談解決に努力することをお約束し、念のためここに署名
し誓約書とします。

年 月 日

相 手 方

住 所

氏 名

電話番号

連帯保証人

住 所

氏 名

電話番号

三菱重工健康保険組合 理事長 殿

念 書

今般 _____ 殿との間に発生した _____ 年 _____ 月 _____ 日 の交通事故について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、健康保険法第57条の規定に基づき私が相手方に対して有する損害賠償請求権を健康保険組合が給付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申し立て、次の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 治癒（治療完了）後は、必ず健康保険組合に連絡する。
2. 相手方と示談を行う場合は、必ず前もって健康保険組合にその内容を申し出る。
3. 自賠責（強制）保険に被害者請求する場合は、必ず前もって健康保険組合にその内容を申し出る。
4. 相手方に白紙委任状を渡さない。
5. 相手方から金品（自動車損害賠償保険の保険金受領含む）を受けたときは、受領年月日・内容・金額（評価額）等もれなく、かつ遅滞なく健康保険組合に届け出る。

尚、上記の誓約事項を遵守せず健康保険組合に不測の損害を与えた場合は、その損害については健康保険組合のご請求に応じて異議なくお支払いします。

年 月 日

被保険者




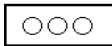



住 所

氏名(自筆)

電話番号

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通り報告いたします。

甲 (甲車の運転者)	氏名		乙 (事故該当者)	氏名		<input type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 同乗(甲車・甲車以外の車) <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 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)	
事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください)					
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; font-size: small;">事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください</div> <div style="text-align: right;"> <p>甲車 </p> <p>甲車以外の車 </p> <p>進行方向 </p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人間 </p> <p>自転車バイク </p> </div> </div>					
上記図の説明を記入願います						

甲車以外の車について判明している場合、ご記入ください。

自動車の番号		運転者氏名		連絡先 TEL	
保有者 住所	〒	保有者氏名		連絡先 TEL	

年 月 日

甲との関係 ()

報告者

氏名



乙との関係 ()

三菱重工健康保険組合 理事長 殿

同 意 書

事故日	年 月 日	発生場所	
事故 該当者名		相手方名	

上記事故に関する個人情報の取扱いにつき、三菱重工健康保険組合が下記事項を行うことに同意いたします。

1. 貴健保組合が、支払請求を相手方（もしくは相手方が加入する損害保険会社等）へ行う際、当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付すること。
2. 貴健保組合が、医療機関へ診療状況等の照会を行い、医療機関からその照会内容について情報提供を受けること。
3. 貴健保組合が、私が相手方（もしくは相手方が加入する損害保険会社等）より受領した治療費の受領金額及びその内訳等の各種情報についての照会を行い、その照会内容について情報提供を受けること。

また、本紙の写しについても有効であると認めます。

年 月 日

被保険者

住 所

氏 名

