

提出先	HR Planning部 → 健保組合
添付書類等	■HP「自動車事故にあったとき」 「第三者の行為による傷病届提出時の注意事項」参照

		受付担当

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 ○○年 △△月 □□日

### 第三者の行為による傷病届

下記のとおり届出いたします。

被保険者が記入する欄	被保険者等 記号・番号	59 × × - × × × × ×	事業所名 所属部署	PayPayカード株式会社 ○○センター			
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和 平成 58年 7月 8日 令和			
	被保険者住所	〒 △ △ △ - □ □ □ □ 福岡県福岡市博多区○○町○丁目△△番□□号					
	被扶養者が受けた事故であるとき	氏名	健保 花子	年齢	38歳	被保険者との続柄	妻
	相手方	氏名	博多 一郎	生年月日	昭和 平成 48年 5月 10日 令和		
	相手方の勤務先	名称 又は氏名	○○△□株式会社				
	相手方の住所氏名がわからないとき	所在地 又は住所	福岡市博多区				
	相手方の住所氏名がわからないとき	その理由					

事故内容	傷病名	頸椎捻挫	発生年月日	令和 ○○年 12月 1日 午前・午後 3時 00分頃	
	発生の状況	勤務中・通勤途中・その他( )			
	発生の場所				
	発生時の状況(具体的に)				
	種別	自動車・バイク・自転車・歩行・その他( )			
	事故結果	即死・入院直後入院中の死亡(令和 年 月 日死亡)・治療			
	警察署への届出	有・無	届出年月日	令和 ○○年 12月 1日	所轄署

	治療を受けた医療機関		区分	治療期間	治療費の種別
	①	名称	○△□外科	入院	自 ○○年12月 1日
	住所	福岡県福岡市博多区○○町○丁目△△番□□号	通院	至 ○○年12月25日	加害者・自賠償
②	名称		入院	自 年 月 日	健保・自費
	住所		通院	至 年 月 日	加害者・自賠償
③	名称		入院	自 年 月 日	健保・自費
	住所		通院	至 年 月 日	加害者・自賠償
④	名称		入院	自 年 月 日	健保・自費
	住所		通院	至 年 月 日	加害者・自賠償

# 事故発生状況報告書

保険証明書番号 (加害運転者のもの)	第	号	当事者	甲(加害運転者)	氏名 博多 一郎 Tel ○○○-△△△-□□□□
自動車の番号 (加害運転者のもの)				乙(被害者)	氏名 健保 花子 Tel ○○○-△△△-□□□□
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
道路状況	舗装 (してある・していない) 歩道 (両・片) ある・ない 見通し (よい・わるい) 直線・カーブ 平坦・坂 積雪路・凍結路				
信号又は標識	信号 (ある・ない) 駐停車禁止 (されている・されていない) 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)	図 事故発生現場におおきく自動車の被害者の状況を				
上記の図を説明する	博多駅の道路向こうにある銀行に行こうとして信号が青になっているので 横断歩道に足を踏み出したら右手よりいきなりバイクがぶつかって来た。				

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

令和 ○○ 年 △△ 月 □□ 日

報告者 甲との関係 ( なし )  
乙との関係 ( 夫 )

氏名 健保 太郎

# 念書（兼同意書）

令和〇〇年12月1日（発生場所）福岡市博多区博多駅前交差において、  
（相手方氏名）博多 一郎の不法行為により（受診者氏名）健保 花子の  
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PayPayカード健康保険組合が保険給付の価額の限度において  
取得行使し、賠償金を受領され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、保険事故が交通事故による場合は、PayPayカード健康保険組合が代位取得した損害賠償に対して  
自動車損害賠償責任保険からPayPayカード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異議  
ありません。

また、PayPayカード健康保険組合が請求権を行使するために、診療報酬明細書（レセプト）等の写しを  
保険会社等へ提供することに同意します。

あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

- 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず事前に貴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  
貴組合に届け出ること。
- 上記のほか、健康保険組合が行う代位取得求償権の行使について協力すること。

令和 〇〇 年 △△ 月 □□ 日

被保険者

住所 福岡県福岡市博多区〇〇町〇丁目△△番□□

氏名 健保 太郎

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

# 誓約書

令和〇〇年12月1日（発生場所）福岡市博多区博多駅前交差点において  
（受診者氏名）健保 花子に傷害を負わせましたが、この傷害に係る損害賠償請求権を  
保険給付額の限度において、PayPayカード健康保険組合が代位取得し、PayPayカード健康保険組合  
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いたし  
ますので、保険給付してください。

なお、傷害が交通事故による場合は、PayPayカード健康保険組合が代位取得した損害賠償に対して自動  
車損害賠償責任保険からPayPayカード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異議ありま  
せん。

あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

- 相手方と示談をする場合は、必ず事前に貴組合にその内容を申し出ること。
- 貴組合からの問い合わせ、資料提出等の依頼に、誠意をもって応ずること。

令和 〇〇 年 △△ 月 □□ 日

加害者

住所 福岡県福岡市博多区〇〇町〇丁目△△番□号

氏名 博多 一郎

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

## 加害者の自動車保険加入状況

自賠責保険	会社名	電話					
	所在地						
契約者	氏名	博多 一郎					
	住所	福岡県福岡市博多区〇〇町〇丁目△△番□号					
車の保有者	氏名	博多 一郎				(保険契約者との関係 本人 )	
	住所	同上				電話 〇〇〇-△△△-□□□□	
運転者	氏名	博多 一郎				(保険契約者との関係 本人 )	
	住所	同上				電話 〇〇〇-△△△-□□□□	
車の種別		府県別		車台番号		車の登録番号	
保険期間	自 : 令和 年 月 日		至 : 令和 年 月 日				
証明書番号					自賠責保険の請求	済・未済	
任意保険加入状況					任意保険加入	有・無	
保険会社名					証明書番号		
所在地							
担当者名	電話						

示談	示談成立 令和 年 月 日	成立していないときはその理由	
	示談のおもな内容		
だいたいの過失の割合	自分 がんば		相手 がんば
	0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10		0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10