常務理事	事務長	係	備考	

第 三 者 行 為 に よ る 傷 病 届

被保険者等 記号番号			被保険者 の氏名	
事業所	所在地			
	名称			
事故発生の 年月日・時刻	令和　　年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分			
診察を受けた医師又は 歯科医師の住所氏名				
発病又は負傷 の 状 況				
第三者 の 住　所 氏　名	住所			
	氏名		ＴＥＬ　　（　　） 不詳なるときはその旨記入	
傷病が被扶養者 に関するとき	被扶養者の 氏名		被扶養者の 生年月日	S･H･R　　年　　月　　日
傷病が被扶養者に 関するときは 被扶養者である旨 の事業所の証明	傷病者 は上記被保険者の扶養者であることを証明する		事業主の住所、氏名	

上 記 お 届 け す る

年　　月　　日

レンゴー健康保険組合理事長殿

住　所

被保険者

氏　名

レンゴー健康保険組合　殿

念　書　兼　同意書

令和＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（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、レンゴー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、かつ賠償金を受領することについて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、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

１．加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。

２．加害者に白紙委任状を渡さないこと。

３．加害者から金品を受けた時には受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなくかつ延滞なく貴職に届出ること。

４．自賠責保険に被害者請求する場合は、必ず前もって、貴職にその内容を申し出ること。

私は、次の項目に同意致します。

健康保険組合が損害賠償請求を行う際に、私の傷病に関する診療報酬明細書等（写）を損害保険会社へ提供すること。

年　　月　　日

住　　所

被保険者氏名　　印

被扶養者氏名　　印

＊被扶養者が受けた事故であるときは、連名でご記入ください。

レンゴー健康保険組合　殿

念　書

令和　　年　　月　　日（場所　　）において（加害者　　）と貴組合の被保険者・被扶養者（　　）殿との間に発生した交通事故にかかる、健康保険法による保険給付費について、貴組合が（　　）殿に代わって、請求権を行使されることに異議のないことと、貴組合の請求に対しては、責任をもって支払をすることを誓約いたします。

年　　月　　日

加害者

住　　所

氏　　名　　印

保険会社

住　　所

氏　　名　　印

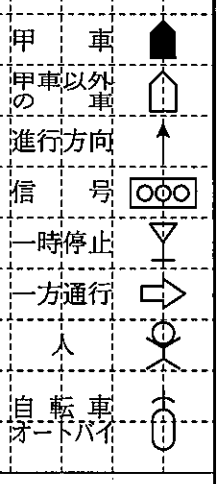
事故発生状況報告書

(注) ① (　　) の事項は、おおよその数値を記載または該当するものを〇で囲んでください。
② 甲欄には、甲車の運転者氏名を記入してください。
③ 乙欄には、自賠責保険請求書に記載の“負傷または死亡された方の氏名”を記入してください。

甲	氏　名		乙	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)		
道 路 状 況	見通し(良い, 悪い)	道 路 幅	甲車側 (　　m), 甲車以外の車側 (　　m)			
信号または標識	信号(有り, 無し), 一時停止標識(有り, 無し), その他標識(　　)					

事故発生状況を図示して下さい。

事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい)



上記図の説明を書いて下さい。

別紙交通事故証明書に補足して、上記のとおり報告いたします。

書類作成日

年　　月　　日

報告者　甲との関係 (　　)
乙との関係 (　　)　　氏　名　　㊞

レンゴー健康保険組合　御中

年　　月　　日

治療状況報告書

現在の健康保険での治療状況について、わかる範囲でご記入下さい。

<table>
<tr><td colspan="2">事業所名</td><td colspan="2">被保険者等記号・番号</td><td colspan="2">被保険者の氏名</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">－</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受傷者氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">S・H・R　　年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td>傷病名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">受診医療機関</td><td rowspan="2">①</td><td>名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">②</td><td>名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">③</td><td>名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>治療開始日</td><td colspan="5">令和　　年　　月　　日　　入院 ・ 通院</td></tr>
<tr><td>健康保険による治療開始日</td><td colspan="5">令和　　年　　月　　日　　入院 ・ 通院</td></tr>
<tr><td>治療状況</td><td colspan="5">令和　　年　　月　　日 現在　　入院中 ・通院中 ・ 治癒 ・中止</td></tr>
<tr><td>治療期間</td><td colspan="5">令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日　入院
令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日　通院</td></tr>
<tr><td>治療見込み</td><td colspan="5">令和　　年　　月　　日 から　約　　日（約　　ヶ月）位</td></tr>
</table>