

提出先	HR Planning部 → 健保組合			受付担当
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			

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

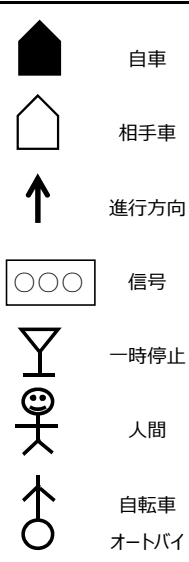
下記のとおり届出いたします。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 記号・番号	5 9 -	事業所名 所属部署	PayPayカード株式会社		
	被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
	被保険者住所	〒				
	被扶養者が受けた事故であるとき	氏名	年齢	歳	被保険者 との続柄	
	相手方	氏名	生年月日		昭和 平成 令和	年 月 日
		住所	Tel : ()			
	相手方の 勤務先	名称 又は氏名				
所在地 又は住所		Tel : ()				
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	発生年月日	令和 年 月 日	午前・午後 時 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・入院直後の死亡(令和 年 月 日死亡)・治療 入院中		
	警察署への届出	有・無	届出 年月日	令和 年 月 日

	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	入院	自	年 月 日	健保・自費
	住所	通院	至	年 月 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 TEL	
自動車の番号 (加害運転者のもの)				乙(被害者)	氏名 TEL	運転・同乗 歩行・その他
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					
速度	甲車両 km/h (制限速度 km/h) 乙車両 km/h (制限速度 km/h)					
図 事 示 故 し 現 て 場 く に だ お さ け い る 自 動 動 車 と 被 害 者 と の 状 況 を	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入してください) <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;">  </div>					
書 上 い 記 て 図 下 の さ 説 い 明 を						

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

甲との関係 ()

報告者

氏名 _____

乙との関係 ()

念 書 (兼 同 意 書)

令和 年 月 日 (発生場所) _____において、

(相手方氏名) _____の不法行為により (受診者氏名) _____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、私に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。

1. 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。
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、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。
4. 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 年 月 日

被保険者

住所 _____

氏名 _____

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

誓約書

令和 年 月 日（発生場所） _____ において
（受診者氏名） _____ 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
保険給付価額の限度において、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。

1. 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。
2. 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 年 月 日

加害者

住所 _____

氏名 _____

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						
	住所						
車の保有者	氏名	(保険契約者との関係)					
	住所	電話					
運転者	氏名	(保有者との関係)					
	住所	電話					
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	