

常務理事	事務長	担当	係

健康保険 第三者の行為による傷病届(交通事故以外)

Health Insurance Notification of Injury or Sickness due to a Third-party Act (Non-traffic Accidents)

※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。 \*If the Symbol/Number is unknown, please fill in your employee number in the number field.

被 保 険 者 等 記 号 と 番 号 Insured Person's Symbol and Number	記号 Symbol	被 保 険 者 氏 名 Insured Person's Name		
	番号 Current Address	現 住 所 Current Address	〒	
被 保 険 者 が 勤 務 所 し て い る 事 業 所 ( 勤 務 先 ) Establishment Where the Insured Person is Employed (Place of Employment)	名 称 Name			
	所 在 地 Location	〒 TEL ( )		
被 扶 養 者 が 関 係 し た 事 故 で あ る と き When an Accident Involves a Dependent	氏 名 Name		被 保 険 者 と の 続 柄 Relation to Insured Person	
	相 手 方 Other Party	氏 名 Name	生 年 月 日 Birth Date	年 月 日
(わかる範囲で記入してください。) (Please complete as much as you know.)	現 住 所 Current Address	〒 TEL ( )		
	相 手 方 の 勤 務 先 Other Party's Place of Employment	名 称 また は 氏 名 Name	事 業 内 容 又 は 職 業 Business Description or Occupation	
(わかる範囲で記入してください。) (Please complete as much as you know.)	所 在 地 又 は 住 所 Location or Address	〒 TEL ( )		
	相 手 が 不 明 の 場 合 If Other Party is Unknown	そ の 理 由 Reason		
傷 病 名 Name of Illness or Injury				
発 生 年 月 日 Date of Occurrence		年 月 日 午前 AM 時 分頃 YYYY MM DD 午後 PM Around :		
発 生 時 の 状 況 Circumstances at Time of Occurrence		勤務中・通勤途上・私用外出中・その他( ) During work/Commuting/Personal outing/Other		
発 生 の 場 所 Location of Occurrence				
種 別 Type		殴打・刺傷・咬傷・その他( ) Battery/Stabbing/Bite Wound/Other		
警 察 官 の 立 合 Police Officer Present		あった・ない・ないが届出済・わからない Yes/No/No but Reported/Not sure		
所 轄 署 Jurisdiction		警察署 派出所 Police Station Police Box		
過 失 の 度 合 Degree of Negligence		自 分 Self		相 手 Other Party
		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
相 手 か ら の 補 償 内 容 Details of Compensation from Other Party	休 業 補 償 の 支 払 Work Loss Compensation Payment	有・無 Yes/No yen (Received YYYY MM DD) ※有の場合 金額 Amount 円 ( 年 月 日受取) *If Yes		
	医 療 費 (自 己 負 担 分) 支 払 Medical Care Cost Payment (Copayment)	有・無 Yes/No yen (Received YYYY MM DD) ※有の場合 金額 Amount 円 ( 年 月 日受取) *If Yes		
	慰 謝 料 の 支 払 Payment of Compensation	有・無 Yes/No yen (Received YYYY MM DD) ※有の場合 金額 Amount 円 ( 年 月 日受取) *If Yes		
	そ の 他 支 払 Other Payment	有・無 Yes/No yen (Received YYYY MM DD) ※有の場合 金額 Amount 円 ( 年 月 日受取) *If Yes 内容 (Details)		

【注意事項】 Important Notes

受付日付印

- ・通勤途上や業務上のケガや病気は、労災保険が適用され、健康保険は使えません。  
・Injuries or illnesses during commute or work are covered by Worker's Accident Compensation Insurance, not health insurance.
- ・過失の度合いにかかわらず、相手方を加害者、被保険者・被扶養者は被害者としてご記入ください。  
・Regardless of degree of negligence, please list the other party as perpetrator and the insured person/dependent as victim.

※個人情報の取扱いに関して \*Regarding Personal Information  
この届出書により知り得た個人情報は、健康保険の事務処理に限定して使用し、他の目的には一切使用いたしません。  
FR健康保険組合 [R7.1]  
FR Health Insurance Organization [R7.1]  
Personal information obtained through this notification will be used exclusively for health insurance administrative procedures and will not be used for any other purposes.

For accidents caused by the other party's actions, please provide detailed and clear information about your own actions.

[illegible]

Please draw a diagram of the location where the accident occurred. Also indicate the movements of both you and the other party using red dotted lines.

[illegible]

## 念 書（被保険者用） Written Pledge (For Insured Person)

（事故発生年月日）\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日、（事故発生場所）\_\_\_\_\_における相手方（氏名）\_\_\_\_\_との事故により、当方（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給付を受けた場合は、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を、健康保険法に基づき貴健康保険組合が取得行使しかつ賠償金を受領することに異議がないことを、ここに書面をもって誓約します。

なお合わせて次の事項を遵守することを誓約します。

Regarding the accident that occurred on (Date of accident) \_\_\_\_\_ YYYY/MM/DD at (Location of accident) \_\_\_\_\_ which involved another party (name) \_\_\_\_\_, when receiving benefits under the Health Insurance Act for the insurance claim involving damages received by myself (patient name) \_\_\_\_\_, I hereby pledge by this written document that I have no objection to your organization acquiring and exercising rights to claim damages against the other party under the Health Insurance Act and receiving compensation.

1. 相手方および当方が自動車損害賠償責任保険ならびに各種損害保険へ請求するときは、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。

When the other party or I file claims with automobile liability insurance or various damage insurance policies, I will report this to your organization in advance.

2. 相手方と示談を行おうとする場合は、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。

When attempting to reach a settlement with the other party, I will report this to your organization in advance.

3. 相手方に白紙の委任状を渡さない。

I will not provide the other party with a blank power of attorney.

4. 自賠責保険に対して被害者請求をする際は貴健康保険組合に事前連絡をする。また相手方から金品を受領した際は、受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ延滞なく貴健康保険組合に申し出る。

I will contact your organization in advance when filing a victim claim with compulsory automobile liability insurance. Also, when receiving money or goods from the other party, I will report to your organization without delay or omission the date received, details, and amount (estimated value).

5. 貴健康保険組合が保険会社等から4の情報の提供を受けることに同意する。

I consent to your organization receiving information regarding item 4 from insurance companies, etc.

6. 当方が加入している損害保険関係資料を貴健康保険組合が開示請求することに同意する。

I consent to your organization requesting disclosure of damage insurance related documents I hold.

7. 健康保険法に違反する事実が後日判明したときは、遅滞なく治療費の返還に応じる。

If violations of the Health Insurance Act are discovered at a later date, I will promptly return medical expenses.

8. 個人情報の取扱について、貴健康保険組合が今回の事故について、業務遂行上必要な範囲で保険会社等から情報を受けまた情報を提供することについて同意する。

Regarding the handling of personal information, I consent to your organization receiving information from and providing information to insurance companies, etc., within the scope necessary for business operations regarding this accident.

9. 治療完了の際は完了日を貴健康保険組合担当者に報告する。

I will report the completion date to your organization representative when treatment is completed.

年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

YYYY/MM/DD

被保険者 Insured Person

住所 Address

氏名 Name

被扶養者 Dependent

住所 Address

氏名 Name

念 書 (被保険者用)  
Written Pledge (For Insured Person)

(事故発生年月日) 2024 年 10 月 1 日、(事故発生場所) The intersection near \*\*  
における相手方(氏名) James Anderson との事故により、当方(受診者氏名) Jane Wilson の  
被った保険事故について健康保険法による給付を受けた場合は、私が相手方に対して有する損害賠償請求権  
を、健康保険法に基づき貴健康保険組合が取得行使しかつ賠償金を受領することに異議がないことを、ここに書  
面をもって誓約します。

なお合わせて次の事項を遵守することを誓約します。

Regarding the accident that occurred on (Date of accident) YYYY/MM/DD at (Location of accident) which involved another  
party (name)                     , when receiving benefits under the Health Insurance Act for the insurance claim involving damages  
received by myself (patient name)                     , I hereby pledge by this written document that I have no objection to your  
organization acquiring and exercising rights to claim damages against the other party under the Health Insurance Act and receiving  
compensation.

1. 相手方および当方が自動車損害賠償責任保険ならびに各種損害保険へ請求するときは、事前に  
貴健康保険組合にその旨を報告する。

When the other party or I file claims with automobile liability insurance or various damage insurance policies, I will report this to your organization in advance.

2. 相手方と示談を行おうとする場合は、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。

When attempting to reach a settlement with the other party, I will report this to your organization in advance.

3. 相手方に白紙の委任状を渡さない。

I will not provide the other party with a blank power of attorney.

4. 自賠責保険に対して被害者請求をする際は貴健康保険組合に事前連絡をする。また相手方から金品を  
受領した際は、受領年月日、内容、金額(評価額)をもれなく、かつ延滞なく貴健康保険組合に申し出る。

I will contact your organization in advance when filing a victim claim with compulsory automobile liability insurance. Also, when receiving money or goods from the  
other party, I will report to your organization without delay or omission the date received, details, and amount (estimated value).

5. 貴健康保険組合が保険会社等から4の情報の提供を受けることに同意する。

I consent to your organization receiving information regarding item 4 from insurance companies, etc.

6. 当方が加入している損害保険関係資料を貴健康保険組合が開示請求することに同意する。

I consent to your organization requesting disclosure of damage insurance related documents I hold.

7. 健康保険法に違反する事実が後日判明したときは、遅滞なく治療費の返還に応じる。

If violations of the Health Insurance Act are discovered at a later date, I will promptly return medical expenses.

8. 個人情報の取扱について、貴健康保険組合が今回の事故について、業務遂行上必要な範囲で  
保険会社等から情報を受けまた情報を提供することについて同意する。

Regarding the handling of personal information, I consent to your organization receiving information from and providing information to insurance companies, etc.,  
within the scope necessary for business operations regarding this accident.

9. 治療完了の際は完了日を貴健康保険組合担当者に報告する。

I will report the completion date to your organization representative when treatment is completed.

2025年 1月 6日

YYYY/MM/DD

被保険者 Insured Person

住所 Address ▲▲○○1-1

Required: Please complete and sign the  
insured person section.

氏名 Name John Wilson

被扶養者 Dependent

住所 Address ▲▲○○1-1

If the patient is a dependent, please also  
complete and sign this section.

氏名 Name Jane Wilson

念 書 (相手方用)  
Written Pledge (For Other Party)

(事故発生年月日) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日、(事故発生場所) \_\_\_\_\_  
において私(当事者甲氏名) \_\_\_\_\_ と貴健康保険組合被保険者・被扶養者(当事者乙氏名) \_\_\_\_\_  
との間に発生した保険事故による被保険者・被扶養者の損害について、健康保険法による給付が発生した場合、健康  
保険法に基づき貴健康保険組合より求償されたときには直ちに お支払いいたします。  
なお合わせて次の事項を遵守することを誓約します。

Regarding the insurance incident that occurred on (Date of accident) \_\_\_\_\_ YYYY \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ DD at (Location of accident)  
between me (Party A name) \_\_\_\_\_ and your Health Insurance Organization's insured person/dependent (Party B name) \_\_\_\_\_,  
with respect to the damages to the insured person/dependent, if benefits are provided under the Health Insurance Act, I will pay  
immediately upon being asked for compensation by your organization based on the Health Insurance Act.  
Furthermore, I pledge to comply with the following:

1. 自動車損害賠償責任保険ならびに各種損害保険へ請求するときは、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。  
When filing claims with automobile liability insurance or various damage insurance policies, I will report this to your organization in advance.
2. 貴健康保険組合被保険者・被扶養者等と示談を行おうとする場合は、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。  
When attempting to reach a settlement with your organization's insured person/dependent, etc., I will report this to your organization in advance.
3. 私が加入している・取得できる損害保険関係資料を貴健康保険組合が開示請求することに同意する。  
I consent to your organization requesting disclosure of damage insurance related documents that I hold or can obtain.

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 YYYY/MM/DD

当事者甲  
Party A

住所 Address \_\_\_\_\_

氏名 Name \_\_\_\_\_

当事者甲が未成年の場合は親権者等 If Party A is a minor, parent/guardian

住所 Address \_\_\_\_\_

氏名 Name \_\_\_\_\_ (当事者甲との関係)  
(Relationship to Party A):

保証人(当事者甲と生計を独立維持する人。保険会社も可)

Guarantor (person financially independent from Party A. Insurance company acceptable)

住所 Address \_\_\_\_\_

氏名 Name \_\_\_\_\_

## Example

念書 (相手方用)  
Written Pledge (For Other Party)

(事故発生年月日) 2024 年 10 月 1 日、(事故発生場所) The intersection near \*\*  
 において私(当事者甲氏名) James Anderson と貴健康保険組合被保険者・被扶養者(当事者乙氏名) John Wilson  
 との間に発生した保険事故による被保険者・被扶養者の損害について、健康保険法による給付が発生した場合、健康  
 保険法に基づき貴健康保険組合より求償されたときには直ちに お支払いいたします。  
 なお合わせて次の事項を遵守することを誓約します。