

|      |     |    |   |
|------|-----|----|---|
| 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

(1-1)

|                                  |  |                              |                                  |              |           |                     |   |
|----------------------------------|--|------------------------------|----------------------------------|--------------|-----------|---------------------|---|
| 被害者・加害者関係                        | 被保険者証<br>記号と番号   | 記号                           | 被保険者<br>氏名                       | ⑨            |           |                     |   |
|                                  |  | 番号                           | 現住所                              | 〒 TEL ( )    |           |                     |   |
|                                  | 被保険者が勤務<br>している事業所<br>(勤務先)  | 名称                           |                                  |              |           |                     |   |
|                                  |  | 所在地                          | 〒 TEL ( )                        |              |           |                     |   |
|                                  | 被扶養者が受けた<br>事故であるとき  | 氏名                           |                                  | 被保険者<br>との続柄 |           |                     |   |
|                                  | 加害者<br>(事故の相手方)  | 氏名                           |                                  | 生年月日         | 年         | 月                   | 日 |
|                                  |  | 現住所                          | 〒 TEL ( )                        |              |           |                     |   |
| 加害者の勤務先                          | 名称   |                              |                                  |              |           |                     |   |
|                                  | 所在地  | 〒 TEL ( )                    |                                  |              |           |                     |   |
| 加害者<br>が不明の場合                    | その理由   |                              |                                  |              |           |                     |   |
| 事故内容                             | 傷病名  |                              |                                  |              | 発生<br>年月日 | 年 月 日<br>午前・午後 時 分頃 |   |
|                                  | 発生時の状況   | 勤務中・通勤途上・私用外出中・その他( )        |                                  |              |           |                     |   |
|                                  | 発生の場所  |                              |                                  |              |           |                     |   |
|                                  | 種別   | 自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・その他( ) |                                  |              |           |                     |   |
|                                  | 警察官への届出有無  | 有： 人身事故・物件事故 [ 警察署]          |                                  |              |           |                     |   |
|                                  |  | 無： (理由 )                     |                                  |              |           |                     |   |
|                                  | 過失の度合<br>(不明の場合は未記入)   | 自分                           |                                  |              | 相手        |                     |   |
| 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 |  |                              | 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 |              |           |                     |   |
| 病院窓口での負担                         | <input type="checkbox"/> 相手方(保険会社)負担 <input type="checkbox"/> 本人負担 <input type="checkbox"/> その他( ) |                              |                                  |              |           |                     |   |
| 当方の任意保険                          | 人身傷害保険を <input type="checkbox"/> 使用した・する <input type="checkbox"/> 使用しない                            |                              |                                  |              |           |                     |   |

|                   |   |
|-------------------|---|
| この届に添えて<br>提出する書類 | ① 交通事故証明書(人身事故扱いの証明書原本)<br>② 診断書の写し(手元にある場合のみで可)<br>③ 死亡の場合は戸籍謄本、および死亡診断書<br>④ 示談をしているときは示談書の写し |
|-------------------|---|

受付日付印

**【注意事項】**

- ・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。
- ・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。

※個人情報の取扱いに関して  
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。



|   |   |     |                       |                 |          |
|---|---|-----|-----------------------|-----------------|----------|
| 治療状況<br>(治療順)   | ① | 病院名 | 入院                    | 年 月 日から 年 月 日まで | ※支払区分( ) |
|   |   | 所在地 | 通院                    | 年 月 日から 年 月 日まで | ※支払区分( ) |
|   | ② | 病院名 | 入院                    | 年 月 日から 年 月 日まで | ※支払区分( ) |
|   |   | 所在地 | 通院                    | 年 月 日から 年 月 日まで | ※支払区分( ) |
|   | ③ | 病院名 | 入院                    | 年 月 日から 年 月 日まで | ※支払区分( ) |
|   |   | 所在地 | 通院                    | 年 月 日から 年 月 日まで | ※支払区分( ) |
| ※支払区分： ア 健康保険使用(窓口で支払 有) イ 自費(全額自己負担) ウ 加害者負担<br>エ 健康保険使用(窓口で支払 無) (わからない場合は医療機関に確認して下さい) |   |     |                       |                 |          |
| 治癒見込み： 令和 年 月頃  |   |     | 治療終了日(最終受診日)：令和 年 月 日 |                 |          |

※示談をする前には必ず健保にご連絡ください。

|                     |   |   |       |       |    |
|---------------------|---|---|-------|-------|----|
| 示談の状況・<br>損害賠償の支払状況 | ・示談又は和解： 令和 年 月 日現在 ( 成立した ・ 交渉中 )  |   |       |       |    |
|                     | 示談・話合いの具体的状況：   |   |       |       |    |
|                     | ・示談又は和解をしない(請求権放棄)：理由( )  |   |       |       |    |
|                     | 加害者や加害者の損害保険会社から、仮渡金・治療費・付添料などを受けた場合下記に記入して下さい<br>※受けていない場合は、記入不要です                     |   |       |       |    |
|                     | 賠償金の名目：   |   | 円     | 年 月 日 | 受領 |
| 賠償金の名目：             |   | 円 | 年 月 日 | 受領    |    |
| 賠償金の名目：             |   | 円 | 年 月 日 | 受領    |    |
| 休業補償                | 休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつけて下さい)※休業しない場合は記載不要です。  |   |       |       |    |
|                     | ア 加害者が負担    イ 職場から支給    ウ 相手への自賠責へ請求<br>エ 自分の人身傷害保険へ請求    オ 健康保険の傷病手当金を請求予定    カ その他( ) |   |       |       |    |

## 事故の怪我で使用する自動車保険について

|           |             |          |     |                 |                    |    |       |   |  |  |
|-----------|-------------|----------|-----|-----------------|--------------------|----|-------|---|--|--|
| 自 賠 責 保 険 | 有<br>・<br>無 | 保険会社名    |     | 保険契約者名<br>(名義人) |                    | 関係 | 保有者との |   |  |  |
|           |             |          |     |                 |                    |    | 加害者との |   |  |  |
|           |             | 保険会社 所在地 | 〒   |                 | 保 険 会 社<br>担 当 者 名 | 様  |       |   |  |  |
|           |             | 登 録 番 号  |     | 車 台 番 号         |                    |    |       |   |  |  |
|           |             | 自賠責証明書番号 |     | 保 険 期 間         | 自                  | 年  | 月     | 日 |  |  |
|           |             | 至        | 年   | 月               | 日                  |    |       |   |  |  |
| 自動車の保有者名  | (加害者との関係: ) |          |     |                 |                    |    |       |   |  |  |
| 任 意 保 険   | 有<br>・<br>無 | 保険会社名    |     | 契約証書番号          |                    |    |       |   |  |  |
|           |             | 保険会社 所在地 | 〒   |                 | 保 険 会 社<br>担 当 者 名 | 様  |       |   |  |  |
|           |             | 連絡先:     | ( ) |                 |                    |    |       |   |  |  |
| 保険契約者名    |             | 保 険 期 間  | 自   | 年               | 月                  | 日  |       |   |  |  |
|           |             | 至        | 年   | 月               | 日                  |    |       |   |  |  |

※事故の相手方又は自動車保険会社担当者様にご確認のうえ、必ず記入してください。

氏 名 Ⓜ

---

### 人身事故証明書入手不能理由書

#### ■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)

|   |   |
|---|---|
| <p>理由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p> | <p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ(予定を含む)であったため</p> <p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した(もしくは終了予定の)ため</p> <p><input type="radio"/> 公道以外の場所(駐車場、私有地など)で発生した事故のため</p> <p><input type="radio"/> 事故当事者の事情(理由を具体的に記載してください。)</p> <p>【理由】</p> <hr/> <p><input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。)</p> <p>【理由】</p> <hr/> |
|---|---|

#### ◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。

|      |                      |       |   |   |   |
|------|----------------------|-------|---|---|---|
| 届出警察 | 警察 担当官<br>(判明している場合) | 届出年月日 | 年 | 月 | 日 |
|------|----------------------|-------|---|---|---|

裏面へ → (交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。)

#### ■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の署名もしくは記名・押印をお願いします。

|  |        |     |   |   |   |
|--|--------|-----|---|---|---|
| ◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。   |        |     |   |   |   |
| <input type="radio"/> 当事者<br><input type="radio"/> 目撃者<br><input type="radio"/> その他( )<br>※ 該当する項目に○印をしてください | 住所 〒   | 記入日 | 年 | 月 | 日 |
|  | 氏名     |     |   |   |   |
|  | 電話 ( ) |     |   |   |   |

(注) 当欄は、賠償を求める側、直接、自賠償保険に請求(法第16条請求)する場合には、保険契約者側(契約者、運転者など)の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償をした側が請求(法第15条請求)する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

#### (保険会社使用欄) 該当する□すべてに✓する。

- 人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。
- 請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

|     |     |
|-----|-----|
| 責任者 | 担当者 |
|     |     |

|                |  |   |
|----------------|--|---|
| ◆ 確認日          | ◆ 確認先  | ◆ 確認方法  |
| 年 月 日          | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談 |
| 年 月 日          | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談 |
| 年 月 日          | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談 |
| ◆ その他・特記事項 ( ) |  |   |

【 事案情報 被害者名: \_\_\_\_\_ 事故日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 】

## ○交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。)

|        |          |                |                   |                   |          |   |     |     |    |  |
|--------|----------|----------------|-------------------|-------------------|----------|---|-----|-----|----|--|
| 発生年月日時 |          | 年              | 月                 | 日                 | 午前<br>午後 | 時 | 分   | 頃   | 天候 |  |
| 発生場所   |          |                |                   |                   |          |   |     |     |    |  |
| 当事者    | 甲        | 住所             |                   | 電話 ( )            |          |   |     |     |    |  |
|        |          | 氏名             | 生年月日              | 大・昭<br>平・令        | 年        | 月 | 日   | ( ) | 才  |  |
|        |          | 自賠償保険契約先       | 自賠償保険<br>証明書番号    | 第                 | 号        |   |     |     |    |  |
|        |          | 登録番号           | 事故時<br>の状況        | 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他 |          |   |     |     |    |  |
|        | 乙        | 住所             |                   | 電話 ( )            |          |   |     |     |    |  |
|        |          | 氏名             | 生年月日              | 大・昭<br>平・令        | 年        | 月 | 日   | ( ) | 才  |  |
|        |          | 自賠償保険契約先       | 自賠償保険<br>証明書番号    | 第                 | 号        |   |     |     |    |  |
|        |          | 登録番号           | 事故時<br>の状況        | 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他 |          |   |     |     |    |  |
|        | 丙        | 住所             |                   | 電話 ( )            |          |   |     |     |    |  |
|        |          | 氏名             | 生年月日              | 大・昭<br>平・令        | 年        | 月 | 日   | ( ) | 才  |  |
|        |          | 自賠償保険契約先       | 自賠償保険<br>証明書番号    | 第                 | 号        |   |     |     |    |  |
|        |          | 登録番号           | 事故時<br>の状況        | 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他 |          |   |     |     |    |  |
|        | 丁        | 住所             |                   | 電話 ( )            |          |   |     |     |    |  |
|        |          | 氏名             | 生年月日              | 大・昭<br>平・令        | 年        | 月 | 日   | ( ) | 才  |  |
|        |          | 自賠償保険契約先       | 自賠償保険<br>証明書番号    | 第                 | 号        |   |     |     |    |  |
|        |          | 登録番号           | 事故時<br>の状況        | 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他 |          |   |     |     |    |  |
| 戊      | 住所       |                | 電話 ( )            |                   |          |   |     |     |    |  |
|        | 氏名       | 生年月日           | 大・昭<br>平・令        | 年                 | 月        | 日 | ( ) | 才   |    |  |
|        | 自賠償保険契約先 | 自賠償保険<br>証明書番号 | 第                 | 号                 |          |   |     |     |    |  |
|        | 登録番号     | 事故時<br>の状況     | 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他 |                   |          |   |     |     |    |  |

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。

### 人身事故証明書入手不能理由書

#### ■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方)

警察への届出が物件事故扱い、事故の届出をしていない、事故証明書にお名前が記載されていない場合など、人身事故扱いの事故証明が発行できない時にご提出ください。

|   |   |
|---|---|
| <p>理由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p> | <p><input checked="" type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ(予定)</p> <p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した(もしくは終了予定のため)</p> <p><input type="radio"/> 公道以外の場所(駐車場、私有地など)で発生した事故のため</p> <p><input type="radio"/> 事故当事者の事情(理由を具体的に記載してください。)</p> <p>【理由】</p> <p>_____<br/>_____</p> <p><input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。)</p> <p>【理由】</p> <p>_____<br/>_____</p> |
|---|---|

◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。

|      |        |            |       |              |
|------|--------|------------|-------|--------------|
| 届出警察 | ○○○ 警察 | 担当官        | 届出年月日 | 令和○○年 ○月 ○○日 |
|      |        | (判明している場合) |       |              |

裏面へ → (交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記載してください。)

#### ■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の署名もしくは記名・押印

事故の相手、もしくは目撃者による記入及び署名もしくは記名押印

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。

|  |  |
|--|--|
| <p><input checked="" type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他( )</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p> | <p>住所 〒 ×××-×××× 記入日 令和○○年 ○月 ○日</p> <p>○○県△△市□□町××丁目××-×</p> <p>氏名 加 害 一 郎</p> <p>電話 ○○○ (○○○) ○○○○</p> |
|--|--|

この欄には原則的に相手方の住所、署名もしくは記名押印が必要です。相手方からもらえず、やむなく当人が記入する場合は、負傷者が署名もしくは記名押印をしてください。あわせて、その理由を用紙下部の余白に書いてください。

(注) 当欄は、賠償を求む者、運転者など( )の場合には、賠償を受け

(保険会社使用欄) 該当する

人身事故としての警察への届出

請求関係書類の確認により、相違ないことを確認しました。

例)

- 過失割合に相違があり、同意が得られないため相手方から証明がもらえなかった。
- 相手が協力をしてくれない。

| ◆ 確認日          | ◆ 確認先  | ◆ 確認方法  |
|----------------|--|---|
| 年 月 日          | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談 |
| 年 月 日          | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談 |
| 年 月 日          | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談 |
| ◆ その他・特記事項 ( ) |  |   |

【 事案情報 被害者名: \_\_\_\_\_ 事故日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 】

○交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故

交通事故証明書が発行されない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前が記載されていない場合は、事故当事者・発生日時・発生場所等を記入してください。

事故証明書入手不能理由書 裏面)

項目は記載不要です。)

|             |          |                                     |            |                   |               |
|-------------|----------|-------------------------------------|------------|-------------------|---------------|
| 発 生 年 月 日 時 |          | 令和〇〇年 〇月 〇日 午後 10時 15分頃 天候 晴れ       |            |                   |               |
| 発 生 場 所     |          | 〇〇県■■市▼▼町第××号××番地付近                 |            |                   |               |
| 甲           | 住 所      | 〇〇県△△市□□町××丁目××-× 電話 〇〇 ( 〇〇 ) 〇〇〇〇 |            |                   |               |
|             | 氏 名      | 加 害 一 郎                             | 生年月日       | 大・昭平・令            | ××年×月××日(××)才 |
|             | 自賠償保険契約先 | 〇●海上火災保険                            | 自賠償保険証明書番号 | 第                 | ABCD123 号     |
|             | 登録番号     | 横浜◆◆あ●●●●●                          | 事故時の状況     | 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他 |               |
| 乙           | 住 所      | 電話 ( )                              |            |                   |               |
|             | 氏 名      | 健 保 花 子                             | 生年月日       | 大・昭平・令            | ××年×月××日(××)才 |
|             | 自賠償保険契約先 | ◇×○損保                               | 自賠償保険証明書番号 | 第                 | XYZ98765 号    |
|             | 登録番号     | 横浜▼▼い0-000                          | 事故時の状況     | 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他 |               |
| 丙           | 住 所      | 電話 ( )                              |            |                   |               |
|             | 氏 名      |                                     | 生年月日       | 大・昭平・令            | 年 月 日 ( ) 才   |
|             | 自賠償保険契約先 |                                     | 自賠償保険証明書番号 | 第                 | 号             |
|             | 登録番号     |                                     | 事故時の状況     | 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他 |               |
| 丁           | 住 所      | 電話 ( )                              |            |                   |               |
|             | 氏 名      |                                     | 生年月日       | 大・昭平・令            | 年 月 日 ( ) 才   |
|             | 自賠償保険契約先 |                                     | 自賠償保険証明書番号 | 第                 | 号             |
|             | 登録番号     |                                     | 事故時の状況     | 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他 |               |
| 戊           | 住 所      | 電話 ( )                              |            |                   |               |
|             | 氏 名      |                                     | 生年月日       | 大・昭平・令            | 年 月 日 ( ) 才   |
|             | 自賠償保険契約先 |                                     | 自賠償保険証明書番号 | 第                 | 号             |
|             | 登録番号     |                                     | 事故時の状況     | 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他 |               |

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。

## 念 書 (被保険者用)

(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。

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。
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。
3. 相手方に白紙の委任状を渡さない。
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。
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。
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。
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。
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。
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。

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

被保険者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

被扶養者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印) (受診者が未成年者の場合は、捺印不要)

記入例

# 念書 (被保険者用)

(事故発生年月日) 2019 年 3 月 1 日、(事故発生場所) 東京都▲▲市○○町の××付近の交差点  
 における相手方(氏名) 損保 次郎 との事故により、当方(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。

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。
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。
3. 相手方に白紙の委任状を渡さない。
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。
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。
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。
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。
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。
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。

令和 1 年 5 月 10 日

被保険者

住所 東京都▲▲市○○町1-1

氏名 健保 太郎

必須：被保険者欄のご記入・署名・捺印をお願いいたします。

健保印

被扶養者

住所 東京都▲▲市○○町1-1

氏名 健保 花子

受診者が被扶養者の場合は、こちらにもご記入と署名・捺印をお願いいたします。

健保印

(受診者が未成年者の場合は、捺印不要)

## 念 書 (相手方用)

(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。

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。
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。
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。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

当事者甲

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

当事者甲が未成年の場合は親権者等

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印) (当事者甲との関係):

保証人(当事者甲と生計を独立維持する人。保険会社も可)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

念 書 (相手方用)

(事故発生年月日) 2019 年 3 月 1 日、(事故発生場所) 東京都▲▲市○○町の××付近の交差点  
において私(当事者甲氏名) 損保 次郎 と貴健康保険組合被保険者・被扶養者(当事者乙氏名) 健保 太郎  
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。

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。
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。
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。

令和 1 年 5 月 10 日

当事者甲

住所 ○○県□□市××町5-6 □

氏名 損保 次郎

損保  
印

当事者甲が未成年の場合は親権者等

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

印 (当事者甲との関係):

保証人(当事者甲と生計を独立維持する人。保険会社も可)

住所 ○○県□□市××町7-8 □

氏名 ●●損害保険会社 担当:保険

保  
險  
印