

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)

被 保 険 者 証 号 記号	被 保 険 者 名 氏 名	㊟	
	番 号	現 住 所	〒
被 保 険 者 が 勤 務 所 (勤 務 先)	名 称		
	所 在 地	〒	TEL ()
被 扶 養 者 が 関 係 し た 事 故 で あ る と き	氏 名	被 保 険 者 と の 続 柄	
相 手 方 (わ か る 範 囲 で 記 入 し て く だ さ い 。)	氏 名	生 年 月 日	年 月 日
	現 住 所	〒	TEL ()
相 手 方 の 勤 務 先 (わ か る 範 囲 で 記 入 し て く だ さ い 。)	名 称 ま た は 氏 名	事 業 内 容 又 は 職 業	
	所 在 地 又 は 住 所	〒	TEL ()
相 手 が 不 明 の 場 合	そ の 理 由		
傷 病 名			
発 生 年 月 日	年 月 日	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	殴打・刺傷・咬傷・その他()		
警 察 官 の 立 合	あった・ない・ないが届出済・わからない		
所 轄 署	警察署	派出所	
過 失 の 度 合	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	
相 手 からの 補 償 内 容	休 業 補 償 の 支 払 有・無	有・無 ※有の場合 金額	円 (年 月 日受取)
	医 療 費 (自 己 負 担 分) 支 払 有・無	有・無 ※有の場合 金額	円 (年 月 日受取)
	慰 謝 料 の 支 払 有・無	有・無 ※有の場合 金額	円 (年 月 日受取)
	そ の 他 支 払 有・無	有・無 ※有の場合 金額 内容()	円 (年 月 日受取)

【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。

受付日付印

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. 個人情報の取扱いについて、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 _____ ⑩

被扶養者

住所 _____

氏名 _____

⑩ (受診者が未成年者の場合は、捺印不要)

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. 個人情報の取扱いについて、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

被扶養者

住所 東京都▲▲市○○町 1-1

氏名 健保 花子

必須：被保険者欄のご記入・署名・捺印をお願いいたします。

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。

(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 と貴健保組合被保険者・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

④

当事者甲が未成年の場合は親権者等

住所 _____

氏名 _____ ④ (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

④