

第三者行為による傷病届(交通事故以外 ケンカ・咬創など)

記入例

提出日 ○○年 ○○月 ○○日

保険証の 記号番号	記号	11	番号	99999	被保険者氏名	健保 太郎		
会社名	(株)リクルート○○			所属	○○課			
連絡先	自宅TEL(0123) 21 - 1234			携帯TEL(090) 1234 - 5678				
事件・事故に あった人	氏名	健保 花子		続柄	妻		生年月日	○○年 ○月 ○日
発生日時	●●年 ●●月 ●●日 (日) <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 9時 30分 頃							
発生場所	東京 (都) 道・府・県 ××市の○○町南交差点							
発生時	<input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input checked="" type="checkbox"/> その他(外食先から帰る途中)							
警察署への届出	<input checked="" type="checkbox"/> 済 △△△ 警察署 <input type="checkbox"/> 未届							
受診した 医療機関	名称	○○整形外科			TEL	(1234) XX - XXXX		
	住所	東京 (都) 道・府・県 △△市□□町×-×-××						
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	治療費を補償する保険を <input type="checkbox"/> 使用した・する(保険名称:ニューハッピープラン) <input type="checkbox"/> 使用しない							
事件・事故の相手 (複数の場合は裏面 空きスペースにご記入 下さい)	氏名	年齢	住所		TEL			
	加害 一郎	25	○○県□□市××町5-6		080-9876-5432			
事件・事故の状況 具体的に詳細をご 記入ください	(どこで、なにをしているときに、どのように) 休日に○○町へ買い物にいったとき、背後から駆け下りてきた男性の肩があたり、 勢いがあった為、突き飛ばされるようにして階段の三段目から足を踏み外し落下し 手をつき左手首を骨折した。							
	事件・事故時の飲酒の有無	有(酔酲・酒気帯び・軽度) ・ (無)						
相手の負傷状況	(無) ・ 有(傷病名: 全治 月・日)							
相手方の 勤務地・監督義 務者・代理人等 (あてはまる欄にご 記入ください)	勤務先	(株)××商事			TEL	(1234)00-XXXX		
	住所	△△市◇◇町×-×-××						
	監督義務者・代理人氏名				相手方との関係			
相手方の 任意保険	保険契約者	氏名	住所		TEL			
	保険会社	名称	○○海上火災保険㈱		担当者	賠償 保		
		住所	東京都△△市▲▲町△-△		TEL	03-9999-9999		
	証書番号	第 11-9876542 号						
示談状況	<input type="checkbox"/> 済 <input checked="" type="checkbox"/> 未	示談終了の場合はコピーを添付してください						

被保険者記入欄(該当する□に✓)

【注意事項】

- ・健康保険を使用する場合は(使用したときは直ちに)、健保組合に連絡してください。連絡がない場合は健康保険の使用を不許可とします。
- ・本紙とともに、念書、事故発生状況報告書、交通事故証明書を提出してください。
- ・記入はボールペンで、書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。

健 保 記 入 欄	制限条項	<input type="checkbox"/> 第57条(第三者行為) <input type="checkbox"/> 第116条(故意) <input type="checkbox"/> 第117条(不行跡)			
	給付制限	付加金	医療費	傷病手当金	その他
	求償請求	<input type="checkbox"/> 請求権なし <input type="checkbox"/> 免除 <input type="checkbox"/> 放棄 <input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> その他()			
請求方法	<input type="checkbox"/> 自賠償 <input type="checkbox"/> 任意一括 <input type="checkbox"/> その他()				
決 裁	常務理事	事務長	担当	健保受付印	

念 書（被保険者用）

●●年 ●●月 ●●日、(事故発生場所) 東京都××市〇〇町南交差点 における相手方(氏名) 加害 一郎 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。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者

住所 東京都△△市□□町〇-〇-〇〇

必須：被保険者欄のご記入・署名・捺印をお願いいたします。

氏名 健保 太郎

健保印

被扶養者

住所 東京都△△市□□町〇-〇-〇〇

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。

氏名 健保 花子

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）

●●年●●月●●日、(事故発生場所) 東京都××市〇〇町南交差点 において
私(当事者甲氏名) 加害 一郎 と貴健保組合被保険者・被扶養者(当事者乙氏名) 健保 花子 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。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

当事者甲

住所 〇〇県〇〇市××町 5-6

氏名 加害 一郎 (加害)

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 東京都△△市▲▲町△-△

氏名 〇●海上火災保険株式会社 担当:賠償 (賠償)