

処 理 伺	常務理事	事 務 長	担 当 者

健康保険 第三者行為による傷病届

記 号 番 号	10		所 属		
被保険者氏名			勤務 () TEL		
住 所	自宅 TEL				
被 害 者 負 傷 状 況 調 査 (注)	誰 が	() 才 続柄 ()			
	い つ	年 月 日 () 時 分頃			
	ど こ で				
	ど ん な 用 務 で				
	事 故 の 状 況				
	負 傷 名				
加 害 者	病 院 名		入院・通院 区 分	入 院 ・ 通 院	
	氏 名	() 才 職業 ()			
	住 所	自宅 TEL			
	勤 務 先	会社 TEL			
上記の通りお届けします。 年 月 日 被保険者氏名 (印)					

(注) 過失割合に関係なく、被害者欄には事故にあった被保険者又は被扶養者名を記載ください。

【この届に添えて提出する書類】

- ① 念書
- ② 誓約書
- ③ 事故発生状況報告書
- ④ 加害者の自動車保険加入状況
- ⑤ 交通事故証明書＜人身事故表示＞（原本）※自動車安全運転センターにて入手ください。

加害者の自動車保険加入状況

自 賠 責 保 険	保 険 会 社 名					
	取 扱 店 所 在 地		〒			
	保 険 契 約 者	フリカゝナ 氏 名				
		住 所	TEL			
	車 保 有 者 の 者	フリカゝナ 氏 名	保険契約者との関係 ()			
		住 所	TEL			
	運 転 者	フリカゝナ 氏 名	保有者との関係 ()			
		住 所	TEL			
	保 険 契 約 期 間		自	年 月 日	至	年 月 日
	自 賠 責 証 明 書 番 号			自賠保険請求	済 ・ 未済	

任 意 保 険	保 険 会 社 名		契 約 証 番 号		
	保 険 契 約 者 名				
	取 扱 店 所 在 地	〒			
	担 当 者	TEL			
	保 険 契 約 期 間	自	年 月 日	至	年 月 日
	任 意 一 括 払 に つ い て ※		有 ・ 無	※任意一括払とは、自賠責保険だけの対応ではなく、任意保険会社に対応している場合です。	

な と り 健 康 保 険 組 合 御 中

誓 約 書

を第三者行為傷病届の事由により負傷させました。

この事故に要する費用（医療費その他の保険給付費等）は過失の割合に応じ
て責任をもって返納することを誓約します。

年 月 日

加害者 氏名

印

なとり健康保険組合 御中

念 書

年 月 日(場所) において
(加害者) の行為により(被害者) の被った傷病
について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が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、なとり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、かつ賠償金を受領す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、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(保険会社・共済団体)と示談を行う場合は、必ず前もって健康保険組合にその内容を申し出ること。
2. 加害者(保険会社・共済団体)に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者(保険会社・共済団体)から金品を受けたときは、受領年月日・内容・金額をもれなくかつ遅滞なく健康保険組合に届け出ること。
4. 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

年 月 日

被保険者氏名

(印)

同 意 書

この届書に記載した保険事故について、健康保険組合が賠償金の支払請求を加害者の加入する損害保険会社・共済団体等に行う際、請求書類に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することについて同意します。

併せて、加害者の加入する損害保険会社・共済団体等の保有する損害賠償に関する情報について健康保険組合が提供を受けることについても同意します。

年 月 日

被害者又は法定代理人

氏 名

(印)

(未成年者等の氏名：

)

※被害者が未成年者の場合は、法定代理人(被保険者)が記入してください。