

第三者の行為による傷病届(含自損行為)

(注意)
 ①事故後3日以内に健保組合に口頭又は、電話で連絡願います。
 ②この傷病届は、事故後20日以内に事業所経由にて健保組合に関係書類添付のうえ提出願います。
 なお、上記イ、ロの手続がなく、保険証を使用した場合は医療費の返還を求める事がありますのでご注意ください。

届出者氏名	(本人・家族・その他)
	Ⓜ
	本件に関する連絡先 TEL ()

①被保険者証	記号	②被保険者の氏名		③男・女	
	番号	現住所	〒		
④被保険者が勤務している事業所	名称	電話	()		
	所在地	〒			
⑤ 事故が被扶養者の時	氏名	男女	昭平・・生	続柄	
⑥ 事故内容	種別	自動車・バイク・自転車・歩行中・暴行・スポーツ中・その他()			
	区分	業務上・通勤(帰宅)途上・私用・その他			
	形態	運転・同乗・歩行・その他()			
	内容	療養中(全治 ヶ月見込み)・治癒・療養後死亡(死亡日)・即死			
	発生年月日	平成 年 月 日	午前 午後	時 分頃	
	発生場所(住所)				
	事故の責任は主として	相手方(加害者)・当方・双方(過失割合	当方 % 相手 %		
⑦ 相手方 (加害者)	フリガナ		電話	()	
	氏名		住所	〒	
		業務中・業務外の別	業務中・業務外		
	相手が業務中の場合	勤務先事業所名			
		勤務先代表者氏名	電話	()	
		勤務先所在地	〒		
	成相場年手合者の未	親権者の氏名			
親権者の住所		〒			
	氏名・住所等分らない時はその理由				

⑪ 治療を受けた時は	医師、歯科医師、柔道整復師等の治療を受けましたか		受けた ・ 受けない	
	傷病名			
	医療機関の名称			
	所在地			
	治療開始		平成 年 月 日 から 入院 ・ 通院	
	支払方法		健康保険使用 ・ 相手方負担 ・ 当方負担(金額 %負担) その他()	
	後遺症		ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込み	
今後の治療見込		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日くらいまで(入院 ・ 通院)見込み		
⑫ 相手方に対する賠償の請求について	請求しましたか		した ・ してない ・ する予定 年 月頃	
	請求したときはその年月日と方法		平成 年 月 日 口頭 ・ 文書	
	請求していない時は、その理由			
	会社を休業(治療)した場合の休業補償は		相手方が負担 ・ 事業所から支給 ・ 相手側の自賠責(任意)保険へ請求 ・ 当方加入の人身傷害補償保険へ請求 ・ 補償されていない	
⑬ 示談について	示談又は和解が成立していますか		いる ・ いない	
	成立している時は、その年月日 (示談書又は和解文書の写しを添付してください)		平成 年 月 日	

⑭ 相手方が加入している自賠責保険(自動車損害賠償責任保険)について				
加入保険会社名		証明書番号		第 号
保険会社の住所		〒		
担当課・担当者		保険会社の連絡先		()
保険契約者	氏名			自 年 月 日
	住所	〒		至 年 月 日
	連絡先	電話 ()	登録番号 車輦番号または、 車台番号	
	運転者との関係	本人 ・ 使用者 ・ 親族(続柄) その他()		

⑮ 相手方が加入している任意保険 (対人賠償責任保険)、その他の損害賠償責任保険について			
保険の種類	任意保険 ・ 自転車保険 ・ 個人賠償責任保険 ・ その他()		
加入保険会社		保険金額	無制限 ・ 万円
契約書番号	第 号	保険期間	自 年 月 日 至 年 月 日
保険会社の住所			
担当課・担当者		保険会社の連絡先	()
保険 契約者	氏名		
	住所	〒	連絡先 ()

⑯ 任意一括払いの有無	有 ・ 無	※任意一括とは、自賠責保険への請求分も含めて任意保険会社に対応する場合をいいます。
-------------	-------	---

⑰ あなたが人身傷害補償保険に加入している場合 (人身傷害補償とは、自身の任意保険より、示談前でも治療費等を補償してくれる制度)			
加入保険会社名		保険金額	無制限 ・ 万円
契約書番号		保険期間	自 年 月 日 至 年 月 日
保険 契約者	氏名		
	住所	〒	連絡先 ()
保険 会社	所在地	人身障害補償 保険の請求は	請求する 請求しない 人身傷害補償保険の 対象とならない
	支店名		
	担当課		
	担当者		
	TEL		

※⑯⑰については、不明な場合は空白で構いません。

念 書 兼 同 意 書

年 月 日、事故発生場所（ ）
において、相手方 殿の不法行為により受診者
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、貴健康保険組合が保険
給付費の価額の限度において、取得行使し、且つ損害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。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、且つ、遅滞なく
健康保険組合に届け出ること。
4. 治療又は症状が固定（後遺症認定）した場合は、速やかにその内容を申し出ること。
5. 私が自動車損害賠償責任保険（自賠責）に損害賠償請求する場合は、予め健康保険
組合にその内容を申し出ること

この事故に関して、健康保険組合が損害賠償請求権の行使に必要な当該保険事故に関
する私（被扶養者）の情報を第三者（事故相手方、損害保険会社、医療機関等）に照会
若しくは提示することに同意します。

なお、本状の複写も本状と同じ効力があるものと認めます。

倉庫業健康保険組合 理事長 殿

平成 年 月 日

住所
被保険者
氏名

印

納付誓約書

1. 事故年月日 平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃

2. 事故発生場所 _____

3. 受診者氏名 _____

上記の交通事故における損害賠償請求権を保険給付費の限度において貴健康保険組合が代位取得し、貴健康保険組合から損害賠償金（保険給付費）の請求を受けた時は、私の過失割合により納付することを確約しますので、貴健康保険組合で一旦立替（保険給付相当額）頂きたく、お願い申し上げます。

なお、傷害が交通事故による場合は、貴健康保険組合が代位取得した損害賠償額について、自動車損害賠償責任保険（自賠責）から支払われる損害賠償額が不足した場合において、その不足額を私に請求したときは、指定納付期限までに速やかに全額納付いたします。

なお、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 相手方と示談する場合は、必ず前もって貴健康保険組合に申し出ること
2. 貴健康保険組合からの問合せ・資料提出等の依頼に、誠意をもって応ずること

倉庫業健康保険組合 理事長 殿

平成 年 月 日

損害賠償金支払義務者（未成年の場合は親権者）

住所

氏名

㊞

住所

連帯保証人

氏名

㊞

※捺印はシャチハタの類は不可