健康保険　第三者行為による傷病届　（交通事故以外）

受付番号	

被害者	被保険者等記号・番号	記号 番号	フリガナ 被保険者氏名	昭・平・令　年　月　日生（　才）		
	現住所	〒　－ TEL　（　）				
	被保険者が勤務している事業所(連絡先)	名称				
		所在地	〒　－ TEL　（　）			
	被扶養者が被害者であるとき	フリガナ 氏名	昭・平・令　年　月　日生（　才）	被保険者との続柄		

加害者	事故相手	フリガナ 氏名	昭・平・令　年　月　日生（　才）
		現住所	〒　－ TEL　（　）
	相手方の住所氏名が不明の場合その理由		

事故の内容	事故発生日・場所	事故日時	令和　年　月　日（　）午前 午後　時　分頃		
		場所			
	事故の種別	殴打刺傷・咬傷・その他（　）			
	事故の状況	※就業中・出退勤途上の負傷は労災保険適用です。健康保険は使用できません。（パート・アルバイト含） （どこで、何をしているとき、どのように）			
		負傷時の飲酒の有無	被害者	有（酩酊・酒気帯び・軽度）・無	
			加害者	有（酩酊・酒気帯び・軽度）・無	
	所轄警察署	警察に届出済・届出なし	届出署	警察署	
	過失の度合(わかる範囲で)	自分(被害者)の過失	0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%)		
		相手(加害者)の過失	0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%)		

R6. 11改製

受付印

示談状況	示談は成立していますか	成立している　令和　年　月　日　成 立		
		成立していない・交渉中　令和　年　月　日　現 在		
	成立していない場合はその理由			
	請求権を放棄した場合	令和　年　月　日	理 由	

治療状況	医療機関①	名　称		
		所 在 地	TEL　(　)	
	治療期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　(入院 自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日)		
	治療終了日	年　月　日	治癒見込み	年　月頃
	治療費の支払方法	健康保険 ・ 被害者負担 ・ 加害者負担 ・ その他(　)		
	医療機関②	名　称		
		所 在 地	TEL　(　)	
	治療期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　(入院 自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日)		
	治療終了日	年　月　日	治癒見込み	年　月頃
	治療費の支払方法	健康保険 ・ 被害者負担 ・ 加害者負担 ・ その他(　)		

※この届に添えて提出する書類等

1. 念書　兼　同意書(被保険者・被扶養者用)
2. 念書(相手方用)

＊示談をしているときは示談書の写しもご提出ください。

静岡県西部機械工業健康保険組合　理事長　殿

令和　年　月　日　提出

（被保険者・被扶養者用）

念 書　兼　同 意 書

事故発生日	令和　　年　　月　　日
事故発生場所	
被害者名（被保険者又は被扶養者）	
加害者名（事故相手）	

1. 上記の事故に関して、健康保険法による保険給付を請求するにあたり以下の事項を遵守することを誓約します。
   (1) 加害者（事故相手）と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
   (2) 加害者（事故相手）に白紙委任状を渡さないこと。
   (3) 加害者側（事故相手）から金品を受けたときは受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴組合に届け出ること。
   (4) 受診している病院等が変わったとき又は治療が終了したときは健康保険組合に電話等で連絡すること。

2. 上記の事故に関して、私が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条の規定によって健康保険組合が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ついて異議はありません。

3. 上記の事故に関して私の個人情報及びこの念書兼同意書の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
   (1) 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む）、診断書等）について保険会社等から提供を受けること。
   (2) 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して 必要な事項（診療報酬明細書の写し等）について、保険会社等に対して 提供すること。
   (3) この念書兼同意書をもって上記の事故による求償業務に関する事項を健康保険組合へ情報提供する保険会社等への同意を含むこと。
   (4) この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

静岡県西部機械工業健康保険組合　理事長　殿

令和　　年　　月　　日

被保険者又は被扶養者 住　　所

氏　　名　　㊞

電話番号

（相手方用）

念　　書

（事故発生場所）

私は、令和　　年　　月　　日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

において生じた第三者行為の事故・傷害により、被害者 ＿＿＿＿＿＿＿＿

が被った傷病の治療費等（休業補償を含む）を一旦、貴組合で立て替えていただきたく、この書面をもってお願いいたします。

なお、立て替えていただいた治療費等は、当事者間の過失割合により、当方の過失相応分について、貴組合からの求償に応ずることを誓約いたします。

静岡県西部機械工業健康保険組合　理事長　殿

令和　　年　　月　　日

相　　手　　方

住　　所

氏　　名　　㊞

電話番号

連 帯 保 証 人

住　　所

氏　　名　　㊞

電話番号