

第三者の行為による傷病届

健康保険被保険者 の記号番号		第 号	被 保 険 者 住 所 氏 名		
事業所の所在地					
事業所の名称		電話			
被 害 者	氏 名				被保険者 との続柄
	事 故 日 時	令和 年 月 日	午前 午後	時 分頃	
	場 所				
発病または負傷したときの状況および程度 (具体的に記入のこと)			事 故 現 場 見 取 図		
加 害 者	住 所 ・ 氏 名	住 所 氏 名		電 話	
	勤 務 す る 事 業 所 の 所 在 地 ・ 名 称	所 在 地 名 称		電 話	
	事 故 を 勤 務 中 に 起 こ し た と き は 使 用 者 の 氏 名 ・ 職 名	氏 名 職 名			
事 故 取 扱 警 察 署 お よ び 取 扱 者 氏 名		警 察 署 氏 名			

保険診療を受けた保険医療機関 の所在地および名称		所在地 名称 電話	
初めて保険診療を受けた日 およびその後の受診状況		令和 年 月 日 開始 令和 年 月 日 (終了・中止・継続)	
示談の状況		成立している 令和 年 月 日	
		交渉中 令和 年 月 日	
		未着手	
交通事故 の場合	自動車損害賠償保険契約 会社名および取扱店		
	保険契約者の住所・氏名		住所 氏名 電話
	契約 番号	第 号	契約期間 自 年 月 日 至 年 月 日
	自動車登録・免許等		自動車登録番号 車種 免許証の有無 (有・無) 免許証の番号
	上記のとおりお届けします。 令和 年 月 日 被保険者の住所 氏名 殿		
添付書類 この届には、次の書類を添付して下さい。もし添付書類をそろえるのに日数がかかるときは、取りあえずこの届のみを提出し、添付書類は後日送付するようにして下さい。 1. 示談が成立しているときは、示談書の写し 1通 2. 自動車事故によるときは (1) 事故取扱警察署の事故証明書 1通 (2) 念書 1通 (3) 死亡の場合には、死体検案書または死亡診断書 1通 (4) 死亡者の戸籍謄本 1通 備考 被保険者が死亡したときは、家族の方が代わって届出て下さい。			

念 書

令和 年 月 日 (場所) において (加害者) の
被害者

不法行為により () の被った保険事故について、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、かつ賠償金額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立てます。

また、東亜道路健康保険組合が請求権を行使するために、診療報酬明細書等の写しを保険会社等へ提供す
ることに、同意いたします。

なお、あわせてつぎの事項を遵守す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前もって貴職にその内容を申出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者側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、かつ遅滞なく貴職に届出る
こと。

令和 年 月 日

住所

氏名

印

東亜道路健康保険組合 理事長 殿

誓 約 書

東亜道路健康保険組合 理事長 殿

場所

加害者

令和 年 月 日 () において () の
被害者

行為により () 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者が有す

損害賠償請求権を健康保険法第57条の規定により、その価額の限度において代位請求があった場合は、過失

責任割合相当分の費用を支払うことを誓約します。

令和 年 月 日

加害者 住所

TEL

氏名

㊞

連帯保証人 住所

TEL

氏名

㊞

