

第三者行為による傷病届

(健康保険法施行規則第52条)

個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

※ご記入は太枠欄を必ずボールペン又はペンでお願いします。

① 被害者 (本人・家族)	健康保険証 記号・番号	記号 2000 番号	被保険者 氏名	生年月日	年 月 日	
			現住所	電話番号		
	被保険者の勤務先	事業所名		マルチ番号	8- -	
		所属名				
	家族のとき	家族氏名		生年月日	年 月 日	続柄
別居の家族のとき	家族住所		電話番号			
② 事故内容	発生日時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃				
	発生場所					
	事故発生の状況					
	私用・業務上・通勤途上など、 どこへ何をしに行く途中等、負傷時 の状況を具体的に記入してください。					
	傷病名					
警察署への届出	届出済・未届・ひき逃げ(未届けの場合はその理由)					
③ 受診した機関名・ 期間・医療費の 支払い方法を ご記入下さい。	医療機関名		入院 通院	年 月 日～ 年 月 日 (自賠責・自費・健保)		
	医療機関所在地					
	医療機関名		入院 通院	年 月 日～ 年 月 日 (自賠責・自費・健保)		
	医療機関所在地					
④ 過失割合の状況	(被害者)	割 :	(相手側)	割	⑤ 示談内容	
					交渉中・交渉していない ※示談成立済の場合は示談書の写しを添付して下さい。	
⑥ 相手 (加害者)	加害者	氏名		電話番号	()	
		住所			保有者と加害運 転者の関係	
	相手の勤務先 又は監督義務者	名称		電話番号	()	
		住所				
⑦ 相手側 (加害者) の自動車 保険加入 状況	自賠責保険 証明書番号	第	号	保険会社名		
	保険会社所在地			保険会社の 電話番号	()	
	保険契約者氏名			保険契約者 住所		
	車の保有者氏名			保有者と契約者の 関係		
	車の保有者住所			車の保有者 電話番号	()	
	保険の契約期間	年 月 日 ~		年 月 日		
	任意保険の加入	有・無				
	任意保険 証明書番号	第	号	保険会社名		
	保険会社所在地			保険会社の 電話番号	()	
	保険契約者氏名			保険契約者 住所		
保険の契約期間	年 月 日 ~		年 月 日			

提出日 年 月 日

事業主受付

健保受付

被保険者氏名 印

※ご記入は必ずボールペン又はペンでお願いします。

念 書

年 月 日、場所 _____ に於いて(加害者) _____
の不正行為により(被害者) _____ 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67条の規定に
よって健康保険組合が給付の価格の限度において取得、行使し、且つ賠償金を受領することに異議の
ないことを書面をもって申し立てます。

なお、損害保険会社へ医療費等の請求をする際、病名・医療費の額等が明記されている診療報酬明細
書等の写しを活用されることに同意します。

また、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行なおうとする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. 自分で加入している自動車保険(人身傷害保険)を使用するときは健康保険組合に連絡すること。
3. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。

年 月 日

シャープ健康保険組合 理事長 殿

被保険者 住 所 _____
氏 名 _____ 印

※ご記入は必ずボールペン又はペンでお願いします。

誓約書

(1) 事故発生年月日 年 月 日 午前 午後 時 分頃

(2) 事故発生場所 _____

上記の事故について(加害者) _____ は(被害者) _____ に対して負う損害賠償につき、被害者が健康保健法による保険給付を受けた場合は下記事項を遵守することはもちろん、その費用を保証人と連帯してシャープ健康保険組合に弁済することを誓約致します。

記

- 1. 貴組合より被害者が受けた保険給付の請求があったときは、遅滞なくその負担額を貴組合に支払うこと。
- 2. 被害者が受けた保険給付の損害賠償については、常に誠意を持って貴組合の申し出に応じること。
- 3. 被害者と示談を結ぶ場合は、事前に貴組合に申し出ること。
- 4. 加害者の加入する保険会社は、シャープ健康保険組合に対し、治療費の債務を負担すること。
- 5. 上記事項に違背した場合は貴組合において、いかなる処置をとられても異議の申し立てをしないこと。

年 月 日

シャープ健康保険組合 理事長 殿

住 所 _____

加 害 者 氏 名 _____ 印

電 話 番 号 _____

住 所 _____

連帯保証人氏名 _____ 印

(加害者が未成年の場合記入が必要です。) 電 話 番 号 _____

住 所 _____

会 社 名 _____ 印

保険会社 代表者名 _____

電 話 番 号 _____

担 当 者 _____ 印

※請求方法(相手側)任意一括で処理されますか。

- 印して下さい
- 1. する
 - 2. しない