

第三者行為による傷病届(交通事故以外)

※この申請書は、手続きを円滑に行うため、事業主経由で提出頂くこととしています。
 個人情報(本人・家族)の取扱い上、事業主経由に支障のある方は、健保組合へお申し出下さい。
 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
 ※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				
	被害者が被扶養者 のとき	被扶養者氏名		被扶養者の生年月日 年 月 日(才)	被扶養者の続	
被扶養者が別居 しているとき	被扶養者住所			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	どこへ何をしに行く途中等、負傷の状況を具体的に記入して下さい				
	負傷の原因に○印を 付けて下さい					
	私 用					
	業 務 上					
	通 勤 途 上					
	退 勤 途 上					
	傷病名					
	警察署への届出	届出済・未届 (未届けの場合はその理由)				
③受診した病院名・ 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		
	医療機関所在地					
	医療機関名		入院 通院	年 月 日 ~ 年 月 日		
	医療機関所在地					
④相 手 (加 害 者)	加 害 者	氏名		電話番号	()	
		住所				
	加害者の保護者 (加害者が未成年の場合)	名称		電話番号	()	
		住所				

上記の通り、第三者の行為による傷病を届けます。

事業主受付

健保受付

提出日 年 月 日

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

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」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任意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

