

第三者行為による傷病届(交通事故以外)

(健康保険法施行規則第52条) 念書(届出3)・誓約書(届出4)を添付してご提出下さい。

※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。

※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 56789	被保険者氏名 健保 太郎	生年月日 平成 〇年〇月〇日	
	被保険者の勤務先	事業所名 〇〇事業部	現住所 大阪市〇〇区△△町1-2-3	電話番号 06-1234-5678	
		所属名 〇〇部△△課	マルチ番号 8-611-〇〇〇〇		
	被害者が被扶養者のとき	被扶養者氏名 健保 花子	被扶養者の生年月日 昭和〇年〇月〇日(〇才)	被扶養者の続柄 妻	
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	2015年12月1日(月曜日)午前(午後) 8時30分頃			
	発生場所	大阪市〇〇区□□町1-2-3			
	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			
	負傷の原因に〇印を付けて下さい 私 用 業務上 通勤途上 退勤途上	犬の散歩に□□公園に行ったら、同じように散歩に来ていたAさんの犬に噛まれた。			
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	〇〇病院	入院 通院	平成 15 年 12 月 1 日~ 15 年 12 月 20 日(自賠責・自費 健保)	
	医療機関所在地	大阪市〇〇区△△町4-5-6			
	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 相 手 (加 害 者)	加 害 者	氏名	大阪 太郎		
		住所	大阪市〇〇区□□町9-8-7		
	加害者の保護者 (加害者が未成年の場合)	名称			
		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 **2015年12月25日**

被保険者氏名 **健保 太郎** 印

記入例

(様式番号 45)

届出③

※ご記入は必ずボールペン又はペンでお願いします。

念 書

2015年10月5日、場所 奈良県〇〇市△△町1-2-3 に於いて(加害者) 大阪 花子
の不正行為により(被害者) 健保 花子 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。

2015年12月25日

シャープ健康保険組合 理事長 殿

被保険者 住 所 大阪市〇〇区△△町1-2-3
氏 名 健保 太郎 印

記入例

(様式番号 46)

届出④

※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 **2015**年**12**月**1**日 **午前** **10**時**30**分頃

(2) 事故発生場所 **奈良県〇〇市△△町1-2-3**

上記の事故について(加害者) **大阪 花子** は(被害者) **健保 花子** 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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

2015年**12**月**25**日

シャープ健康保険組合 理事長 殿

住 所 **奈良県△△市□□町4-5-6**
加害者氏名 **大阪 花子** 印
電話番号 **1111 (1234) 5678**

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 **奈良県△△市〇〇町9-8-7**
会社名 **〇〇海上** 印
保険会社代表者名 _____
電話番号 **1111 (5678) 1234**
担当者 **海上 太郎** 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