

健康保険 第三者行為による傷病届 (自動車事故を除く)

本人 ・ 家族 平成 年 月 日

被害者加害者関係	被保険者の	記号	番号	氏名	生年月日	
					昭和・平成 (歳) 年 月 日	
	被保険者の現住所	〒			日中連絡の取れる電話番号	
	被保険者の勤務先	名称	所在地		〒	
	負傷者が被扶養者であるときは、その方の	氏名	生年月日	昭和・平成 (歳)	続柄	続柄
	加害者の	氏名	生年月日	昭和・平成 (歳)	職業	職業
	加害者の現住所	〒			日中連絡の取れる電話番号	
加害者の勤務先	名称	所在地		〒		
加害者の住所氏名が判らないとき、その理由						
事故の内容	傷病名					
	発生日年月日	平成 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃				
	発生の状況	1. 勤務中 2. 出勤途中 3. 退勤途中 (直行・寄り道あり) 4. 出張または仕事の外出時 5. 休憩中の外出時 6. 休日の外出時 7. その他 ()				
	発生場所					
	警察官の立会	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない				
	事故現場における被害者との	人間 自転車				
	書上記図の					
過失の度合	自分がなんぶ		相手がなんぶ			
	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			
示談が成立	交渉中	平成 年 月 日 現在		請求権を放棄した		
	平成 年 月 日	成立していない	平成 年 月 日		放棄した理由	

* 該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

受付日付印

念書（兼同意書）

事故発生年月日		事故発生場所	
被害者氏名		加害者氏名	

1. 上記事故に関して、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) 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって東京不動産健康保険組合に連絡すること。
 - (2) 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
 - (3) 加害者から金品を受けたときは、受領の年月日、内容金額（評価額）等を漏れなく、かつ遅滞なく東京不動産健康保険組合に連絡すること。また、東京不動産健康保険組合が加害者に受領年月日、金額、内容等を照会すること。
2. 上記事故に関して、私が加害者と行った示談の内容によっては、健康保険法による保険給付を受けられない場合があることについては承知しました。
3. 上記事故に関して、健康保険法による保険給付を受けた場合には、私の有する損害賠償請求権及び保険会社等に対する被害者請求権を東京不動産健康保険組合が保険給付の価額の限度で取得し、損害賠償権金を受領することについては承知しました。
4. 上記事故に関して、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) 東京不動産健康保険組合が、保険給付及び上記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]等の保険給付額の算出基礎となる資料）について、保険会社を含む加害者に対して提供すること。
 - (2) 東京不動産健康保険組合が上記事故の損害賠償請求に関して、加害者の保険会社等から受けた金品の有無およびその金額、内訳等について、保険会社等から情報を受けること。
 - (3) 東京不動産健康保険組合が損害賠償請求を目的として、「第三者行為による傷病届」に記載されている被保険者もしくは被扶養者である被害者の個人情報を利用するとともに、治療を受けた医療機関及び損害保険会社等から被害者の個人情報を取得すること。
 - (4) この念書（兼同意書）を損害保険会社等に提出すること。

平成 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

東京不動産健康保険組合 理事長 殿

治 療 の 状 況

この事故で医師の 治療を受けましたか	うけた ・ うけない								
治療を受けたとき	医療機関	名 称							
		所在地	〒						
			Tel						
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担分 ・ 自 費 ・ その他 ()							
	治療開始	平成	年	月	日	入院 ・ 通院			
	転 帰	平成	年	月	日	現在 現在入院中 ・ 通院中 ・ 治療 ・ 中止			
	治療期間	入院 自 平成	年	月	日	～ 至 平成	年	月	日
		通院 自 平成	年	月	日	～ 至 平成	年	月	日
後 遺 症	あ る ・ ある見込み ・ な い ・ ない見込み								
治療見込	平成	年	月	日	から 約	ぐらい			



この欄は記入する必要はありません

保 険 給 付 欄				
種別	金 額	内 訳	支 給 年 月 日	備 考
療 養 の 給 付	円	自 日間 至		
療 養 費	円	マッサージ ・ コルセット 柔道整復施術 ・ 輸血		
傷 病 手 当 金	円	自 日間 至		
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

誓約書 (加害者記入)

(場所)

平成 年 月 日 で発生した事故により
(相手氏名)

が被った傷病の治療費を、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。

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. 相手方と示談するときは、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
2. 相手方の治療状況（治癒・中断・症状固定等）をその都度、貴組合に報告すること。
3. 貴組合からの問い合わせ、資料提出等の依頼には、誠意をもって応ずること。

東京不動産健康保険組合 理事長 殿

平成 年 月 日

〒

TEL

誓約者

住所

氏名

㊞

(当事者が未成年のときは親権者)

損害賠償責任保険等で賠償するとき (別紙に契約内容も記入)

平成 年 月 日

保険等
名称

〒

TEL

所在地

誓約者
氏名

㊞