

健康保険

### 第三者行為による傷病届

本人・家族

被害者・加害者関係	被保険者証の記号番号	記号	氏名	印		
		番号	現住所	TEL( )		
	被保険者の勤務している事業所	名称				
		所在地	TEL( )			
	被害者が被扶養者であるとき	氏名	被保険者との続柄			
	第三者(加害者)	氏名	生年月日	明大昭平令 年 月 日		
		現住所	TEL( )			
第三者(加害者)の勤務先	名称					
	所在地	TEL( )				
第三者(加害者)の住所・氏名が判らないとき	その理由					
事故内容	傷病名			発生年月日	令和 年 月 日 午前・後 時 分頃	
	事故発生の場所					
	種別	自動車事故・バイク事故・殴打・その他( ) 自転車 刺傷				
	事故結果	即死・入院直後の死亡(死亡 年 月 日)・治療 入院中の死亡				
	警察官の立会	あった・ない・ないが届出済・わからない				
	所轄署	警察署		派出所		
	過失の割合	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				

※ 該当文字を○で囲み 必要事項を記入して下さい

この届に添えて提出する書類	自動車のときは	1. (その1)・(その2) 2. 事故発生状況報告書 3. 交通事故証明書(原本)
---------------	---------	--

(その1)

治療状況	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた ・ うけない	
	医療機関	名称		
		所在地	TEL ( )	
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ( )		
	治療開始	令和 年 月 日 入院 通院		
	転 帰	(令和 年 月 日 現在) 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止		
	入院・治療期間	入院 自令和 年 月 日 ～ 至令和 年 月 日 通院 自令和 年 月 日 ～ 至令和 年 月 日		
治療見込	平成 年 月 日から約	ヶ月 ぐらい	後遺症は残る・残らない・不明	

  

加害者加の自自動車保険状況	責任保険加入の有無	保険契約期間	任意保険加入の有無	保険契約期間
	ある・ない	自平・令 年 月 日 至平・令 年 月 日	ある・ない	自平・令 年 月 日 至平・令 年 月 日
	保険加入証明記号番号	契約者氏名	保険加入証明記号番号	契約者氏名
	第 号		第 号	
	契約保険会社		契約保険会社	
	名称		名称	
	所在地	TEL( )	所在地	TEL( )

  

損害賠償状況	損害賠償の請求及び支払の有無		損害賠償の請求及び支払の有無	
	した・しない	令和 年 月 日 治療費 円 休業補償 円 その他 円	した・しない	令和 年 月 日 治療費 円 休業補償 円 その他 円

  

示談状況	交渉中	令和 年 月 日 現在
	示談が成立 令和 年 月 日	成立していない 示談が成立していない理由

  

備考	
----	--

※ 該当文字を○で囲み 必要事項を記入して下さい

(注 意)

1. 交通事故やけんかなどで負傷したときは、この届書を出さないと健康保険などによる診療を受けられません。
2. 事故発生後できるだけ早く提出して下さい。
3. この届出後示談が成立したときは、示談書の写しを提出して下さい。その際、余白に健康保険の記号番号を記入しておいて下さい。
4. 第三者又は被保険者（被扶養者）が無免許運転等のときは、その旨を備考欄に記入して下さい。

(その2)

被害者の	<b>念 書</b>
	<p>(事 故 日) (場 所) (相 手) 令和 年 月 日 県 市 町 において さんの (被 害 者)</p> <p>行為により、 の被った災害に関し、健康保険法による給付を受けた場合は、 私が第三者に対して有する損害賠償請求権を同法第57条の規定によって健康保険組合が価格の限度 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ここに書面をもって申し立てま す。なお、あわせて下記の事項を遵守することを誓約します。</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 第三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。</li><li>2. 第三者側に白紙委任状を渡さないこと。</li><li>3. 第三者側から金品を受けた時は受領の月日、金額（評価額）をもれなくかつ遅延なく貴職に届出ること。</li></ol> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 住 所 氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">ミツバ健康保険組合理事長 様</p>
第三者の	<b>納 付 誓 約 書</b>
	<p>(事 故 日) (場 所) 令和 年 月 日 県 市 町 で発生した災害によって負傷した (被 害 者)</p> <p>さんに関する健康保険給付費については、私の責任の範囲内で全額返還する ことを誓約いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 住 所 氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">ミツバ健康保険組合理事長 様</p>

第三者の念書が得られないときは、その理由をくわしく書いてください。

--



## 同 意 書

私（の家族）が交通事故により被った保険事故について、健康保険法第 57 条の規定により、ミツバ健康保険組合が損害賠償の支払いを加害者の加入する損害保険会社（自動車損害賠償責任保険等）に請求する際、請求者書類として、当該保険事故に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

令和 年 月 日

被保険者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
(親 族) \_\_\_\_\_ 印

ミツバ健康保険組合理事長 様

※ 診療報酬明細書とは  
医療機関が健康保険へ医療費を請求するための請求書のこと、カルテから作成され、入院、外来別等に 1 ヶ月(暦月)に 1 枚。ミツバ健康保険組合に提出されます。