

健康保険

第三者行為による傷病届（交通事故以外）

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	・飼犬等の咬傷 ・喧嘩 ・刺傷 ・その他 ()				
	警察への届出有無	・無 ・有(警察署名) (警察署)				
	休業補償	・加害者負担 ・保険会社へ請求 ・健康保険の傷病手当金 ・その他 ()				
	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	<ol style="list-style-type: none">1. (その1)・(その2)2. 負傷届3. 示談した場合は示談書の写4. その他必要な書類
---------------	---

(その1)

※ 該当文字を○で囲み 必要事項を記入して下さい

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	自費 ・ 加害者負担 ・ 健康保険 ・ 労災保険 ・ 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	令和 年 月 日から約 月 日 ぐらい	後遺症は残る・残らない・不明	

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

(注 意)

1. 飼犬、飼猫、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. その他事項は、備考欄に記入して下さい。

被害者の	念 書
	<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) 行為により、 の被った保険事故に関し、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、健康保険組合が保険給付の価 格の限度において取得行使し、且つ賠償金を受領され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、併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">1. 第三者（加害者）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。2. 第三者（加害者）側に白紙委任状を渡さないこと。3. 第三者（加害者）側から金品を受けた時は、受領の年月日、金額（評価額）をもれなくかつ遅延 なく貴職に届出ること。 <p>令和 年 月 日 住 所 氏 名 印</p> <p>ミツバ健康保険組合理事長 様</p>
第三者の	納 付 誓 約 書
	<p>(事 故 日) (場 所) 令和 年 月 日 県 市 町 で発生した保険事故によって負傷し た (被 害 者) 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>令和 年 月 日 住 所 氏 名 印</p> <p>ミツバ健康保険組合理事長 様</p>

第三者（加害者）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。
