

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	000	氏名	健保 太郎			
		番号	00000	現住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1 TEL(〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇			
	被保険者の勤務している事業所	名称	〇〇〇〇〇〇株式会社					
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1 TEL(111) 111-1111					
	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	加害 一郎	生年月日	明大昭平	年	月	日
		現住所	××県××市××町1-1 TEL(333) 333-3333					
第三者(加害者)の勤務先	名称	××××株式会社						
	所在地	××県××市××町1 TEL(444) 444-4444						
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	顔面犬咬創	発生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	午前・後	〇〇時〇〇分頃		
	事故発生の場所	〇〇県〇〇市〇〇町××						
	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( 〇〇〇〇〇〇 )						
	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	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	○○○○病院	
		所在地	○○県○○市△△町2-2 TEL (222)222-2222	
	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	平成○○年○○月○○日 入院 通院		
	転帰	(平成○○年○○月○○日 現在) 現在入院中・通院加療中・治癒・中止		
	入院・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		
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

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	平成 年 月 日 治療費 円 休業補償 円 その他 円	した・しない	平成 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 平成 年 月 日	交渉中		平成○○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	<b>念 書</b>
	<p>(事 故 日) 平成〇〇年〇〇月〇〇日 (場 所) 〇〇県 〇〇市 〇〇町×× (相 手) 加害 一郎 さんの 行為により、(被 害 者) 健保 太郎 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"><li>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。</li><li>2. 第三者（加害者）側に白紙委任状を渡さないこと。</li><li>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）を漏れなくかつ遅延なく貴職に届出ること。</li></ol> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日 住 所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 氏 名 健保 太郎</p> <p>ミツバ健康保険組合理事長 様</p> <p style="text-align: right;">(健保)</p>

第三者の	<b>納 付 誓 約 書</b>
	<p>(事 故 日) 平成〇〇年〇〇月〇〇日 (場 所) 〇〇県 〇〇市 〇〇町×× で発生した保険事故によって負傷した (被 害 者) 健保 太郎 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>平成〇〇年〇〇月〇〇日 住 所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 氏 名 加害 一郎</p> <p>ミツバ健康保険組合理事長 様</p> <p style="text-align: right;">(加害)</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。
