健康保険 第三者の行為による傷病届

規則第６５条

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 記号 |  | | | 番号 | |  | | | 氏名 | |  | | | | | | |
| 住　所 | | 〒 | | | | | | | | | | | 電話番号 | |  | | |
| 事業所名 | |  | | | | | | | | | | | 電話番号 | |  | | |
| 所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被扶養者が受けた事故の場合 | | | | | | 氏　名 | | |  | | | | | | 続柄 | | |  |
| 第三者 | 氏名 | | |  | | | | | | | | | | 電話番号 | |  | | |
| 住所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先名称 | | |  | | | | | | | | | | 電話番号 | |  | | |
| 勤務先所在地 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先代表者 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名や住所がわからないときは、その理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故内容 | 傷病名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 発生年月日 | | | 年　　月　　日　　　　時　　　　分頃 | | | | | | | | | | | | | | |
| 発生場所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故の種別 | | | 自動車事故　・ | | | | バイク  自転車 | | | 事故・ | | 殴　打  刺　傷 | | | | その他  （　　　　　） | |
| 事故の結果 | | | 即　死　　　　　療養後死亡　　　　　傷病療養 | | | | | | | | | | | | | | |

令和　　　年　　　月　　　日提出 受　付　印

|  |  |
| --- | --- |
| 事故発生状況 | 加害者(事故の相手)の行為によって生じた事故について、加害者及び被害者(あなた)の行動をできるだけ詳しく記載してください。（事故現場に居合わせない人が読んでもわかるように） |
|  |
| 事故現場の略図 | 事故が発生した場所の見取り図を記載してください。（加害者(事故の相手)と被害者(あなた)の行動がわかるように記載してください。） |
|  |
| 疾病又は負傷の状況 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事故発生の際、警察官が立ち会って調査しましたか | | | | | | | | は　い　・　いいえ | | | | |
| 調査した  警察官の | | | 氏　名 | |  | | | | | | | |
| 所　属 | | 警察署　　派出所 | | | | | | | |
| 事故発生の責任は主としてどちらにありますか | | | | | | | | 当　方 | | | | 相手方 |
| 治療状況 | この事故で医師、歯科医師等の治療を受けましたか | | | | | | | 受けた | | | | 受けない |
| 治療を受けたとき | 医療機関名 | |  | | | | | 電話番号 | |  | |
| 所在地 | | 〒 | | | | | | | | |
| 治療期間 | | 自　　　　　年　　月　　日　至　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 治療費の  支払方法 | | 1. 健康保険でかかりました。 2. 加害者が負担しました。 3. 被害者が負担しました。 4. 健康保険を使用し、一部負担金のみ加害者が負担しました。 | | | | | | | | |
| 治療に後どれくらいかかりますか(見込) | | | | | 年　　月　　日頃迄 | | | | | |
| 後遺症について | | | あ　る　・　ある見込　・　な　い　・　ない見込 | | | | | | | | |
| 第三者(相手方)  に対する  損害賠償の  請求について | | | 損害賠償請求をしましたか | | | | | し　た　・　しない | | | | |
| 請求したときは  その日にちと方法 | | | 年　　月　　日　　文書　・　口頭 | | | | | | |
| 請求しないときは  その理由 | | |  | | | | | | |
| 第三者(相手方)  に対する  損害賠償の  放棄について | | | 損害賠償請求権を放棄しましたか | | | | | し　た　・　しない | | | | |
| 放棄したときは  その理由及び、  どのような方法  で相手方に表示  しましたか | | |  | | | | | | |
| 第三者(相手方)  が自動車を運転  していたための  事故であるとき  は、その自動車  が加入している  損害賠償責任  保険について | | | 保険証明書の番号 | | | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | | |
| 加入保険会社名 | | |  | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | |
| 担当者名 | | |  | | | | 電話番号 | |  |
| 保険金の請求をしましたか | | | | | し　た　・　しない | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 加害者(相手  方)との示談  について | 示談が成立していますか | い　る　・　いない |
| 成立しているときはその年月日 | 年　　月　　日 |
| 加害者(相手方)  から損害賠償を  受けたときは | 損害賠償の内訳 | 金　　　　　　　　額 |
| ①医療費として |  |
| ②見舞金として |  |
| ③休業中の生活補償費として |  |
| ④弔慰金として |  |
| ⑤その他 |  |
| 備　　考 | | |

注　(１)　この書類の作成方法は、該当する文字を記入または、文字を囲んでください。

　　(２)　この事故に警察官が立ち会っているときは、自動車安全運転センターが発行する「事故証明書」を添付してください。

1. 示談が成立している時は示談書の写を添付してください。

念　　書

　　令和　　年　　月　　日

東日本電線工業健康保険組合理事長　殿

（場　　　　所）

　　　　　年　　月　　日、

（相手方氏名） 　　　（受　診　者）

において の不法行為により

の被った傷病について、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第５７条の規定によって、健康保険組合が給付の価格限度において取得行使し、か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立てます。

　なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

１．加害者側と示談を行う場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。

２．加害者に白紙委任状を渡さないこと。

３．加害者側から金品を受けた時は、受領年月日、内容金額(評価額)をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届出ること

４．自動車損害賠償責任保険への請求の場合は前もって貴職に届出ること。

住　　所

氏　　名 　印

同　　意　　書

私は、第三者の行為による傷病に関して、貴健康保険組合が自動車賠償責任保険に求償する際に、求償先に「診療報酬明細書(写し)」を提出することに同意します。

氏　　名 　印