

第三者行為による傷病届

常務理事	事務長	担当者

被害者	被保険者	記号	フリガナ				
		番号	氏名	昭・平 年 月 日生 (才) ⑩			
	現住所	〒 -		TEL ()			
	被保険者が勤務している事業所(連絡先)	名称					
		所在地	〒 -		TEL ()		
被扶養者が被害者であるとき	フリガナ				続柄		
	氏名	昭・平 年 月 日生(才)					

事故相手	加害者	フリガナ				
		氏名	昭・平 年 月 日生(才)			
		現住所	〒 -		TEL ()	
	加害者の勤務先	名称			事業の内容又は職業	
		所在地	TEL ()			
加害者の住所氏名が不明の場合その理由						

事故の内容	傷病名			損害の程度	全治	ヶ月
	事故発生日・場所	事故日時	令和 年 月 日 ()		午前	頃
		場所				
	事故発生時の状況	被保険者又は被扶養者	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外 ()			
		加害者(事故相手)	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外 ()			
	所轄警察署	警察に届出済・届出なし・不明 *注1		届出署	警察署	
過失の度合(わかる範囲で)	自分(被害者)の過失	0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%)				
	相手(加害者)の過失	0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%)				

示談状況	示談は成立していますか	成立している	令和 年 月 日		成立
		成立していない・交渉中	令和 年 月 日		現在
	損害賠償請求権を放棄した場合	令和 年 月 日	理由		

*注1 物損事故で処理した場合、別途「人身事故証明入手不能理由書」の提出を求める場合があります。

* 交通事故証明書(原本)を添付してください。

加害者の賠償保険加入状況	自動車保険	自賠責保険	保険会社名			
			所在地	〒 - TEL ()		
			契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日	フリガナ	
			証明書番号		契約者	
	任意保険	保険会社名				
		所在地	〒 - TEL ()			
		契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日	任意一括	有・無	
		証明書番号		*注2		
	個人賠償責任保険等	保険会社名				
		所在地	〒 - TEL ()			
		契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日	フリガナ		
		証明書番号		契約者		
被害者の人身傷害保険		加入の有無	あり・なし	保険会社名	担当者	TEL ()

治療状況	医療機関	名称				
		所在地	〒 - TEL ()			
	治療期間	令和 年 月 日から(入院 自 月 日 至 月 日)	通院			
	転院した場合	令和 年 月 日から(入院 自 月 日 至 月 日)	通院			
	後遺症	ある・ある見込み・ない・ない見込み・不明				
	治療費の支払方法	健康保険・被害者負担・加害者負担(自賠責支払)・その他()				

損害賠償	相手方に対する損害賠償の請求状況	すでに請求済・現在のところ未請求				
	相手方からの損害賠償金等の受領状況	受領済・受領していない				
	*加害者や保険会社から賠償金を受領した場合のみ下欄にご記入ください。					
	賠償金の内訳	治療費	円	慰謝料	円	
		休業補償費	月 日から 月 日までの 日間 × 日額	=	日間 円	
		葬祭費	円	その他	円	
		見舞金	円	(合計額)	円	
受領方法	一括	令和 年 月 日 受領				
	分割 ()回払い	1回目	円	令和 年 月 日受領		
		2回目	円	令和 年 月 日受領		
	3回目	円	令和 年 月 日受領			

*注2 任意一括とは、自賠責保険を含めて任意保険会社が一括して対応している場合です。

受付印

念書兼同意書

事故発生日 令和 年 月 日

事故発生場所

被害者名

相手方名

1. 上記の事故に関して、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) 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。

(申し出なく示談した場合は、私に請求いただいて構いません)

(2) 相手方に白紙委任状を渡さないこと。

2. 上記の事故に関して、私が健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が相手方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額の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領することについて異議はありません。

3. 上記の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) 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項(保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳(その見込みを含む)、診断書等)について保険会社等から提供を受けること。

(2) 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項(診療報酬明細書の写し等)について、保険会社等に対して提供すること。

(3) この念書兼同意書をもって上記の事故による求償業務に関する事項を健康保険組合へ情報提供する保険会社等への同意を含むこと。

(4) この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

令和 年 月 日

被保険者 住所

氏名

印

電話番号

古河 健康保険組合 理事長 殿

この用紙は提出せず、お手元に留め置き願います。

＜事業所担当者様にお願ひ＞本紙が誤って提出された場合には、必ず提出者に返却をお願ひ致します。

「第三者行為による傷病届」に記入いただいた後のお願ひ

下記についてご協力をお願ひします。

① 「第三者行為による傷病届」は、**所属する事業所に提出**をお願ひします。

（任意継続被保険者は古河健康保険組合に直接提出）

② 当該事故に関する保険診療（柔整師等含む）で、治療終了の診断を受けましたら、**古河健康保険組合に治療終了の旨の連絡**をお願ひします。

③ **白紙の委任状を相手方に渡さないよう**お願ひします。

④ 相手方と示談を行おうとする場合には、**必ず事前に古河健康保険組合にその示談内容を申し出るよう**お願ひします。

⑤ **古河健康保険組合に連絡なく示談を進め、合意しないよう**お願ひします。

なお、古河健康保険組合に連絡をせずに、損害賠償請求権を放棄したり免除したりしてしまうと、放棄・免除後に治療を受けた当該事故の医療費については全額自己負担となります。

また、古河健康保険組合に連絡なく示談を行った場合は、当該事故に係る医療費（自己負担額を除く）を、「第三者行為届による傷病届」の提出者である被保険者に対して損害賠償請求させていただくこととなりますのでご留意下さい。

古河健康保険組合