

第三者の行為による傷病届 (交通事故以外の暴行傷害等)

常務理事	事務長	担当者

※ この傷病が業務上または通勤途上の場合、労働者災害補償保険の扱いとなり、保険証を使っての受診はできません。
所属事業所へ連絡し、労災保険の手続きを行ってください。

記入日	令和 年 月 日
-----	----------

被保険者	被保険者証の記号と番号	—	事業所(所属先)	
	氏名	(フリガナ) _____	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	郵便番号 _____	都道府県	
	電話番号	1 【自宅】 () 2 【携帯】 () 3 【勤務先】 ()		1~3のうち、日中連絡の取れる番号を枠内に記入してください。
受診者(負傷者等)が被扶養者の場合	(フリガナ) _____	被保険者との続柄	生年月日	年齢
			昭和・平成 年 月 日	歳

加害者(相手方)	氏名	(フリガナ) _____	職業または種別	生年月日	年齢
	住所	郵便番号 _____	都道府県	昭和・平成 年 月 日	歳
	電話番号	自宅 携帯 勤務先 *日中連絡の取れる電話番号を記入してください。	相手方が不明の場合、その理由	()	
	相手が未成年者であるときの親権者、後見人等	(フリガナ) 氏名 _____	加害者との関係	生年月日	年齢
	住所 〒 _____		昭和・平成 年 月 日	歳	
			TEL ()		

傷病名	発生年月日	令和 年 月 日 (曜日)
		午前・午後 時 分頃
発生場所	都道府県	
警察への届出	有・無	所轄署 警察署 被害届受理番号 No.

事故内容	事故の状況図	左記図の説明を詳しく書いてください。
	人間 信号	なにをしているとき、どうして、どんなふうに、体のどこの箇所を、どのように負傷したか。

治療の状況

* 該当箇所を○で囲み、必要事項を記入してください。
* 医療機関はかかった順に記入してください。

この事故で治療をうけましたか		<input type="radio"/> 受けた <input type="radio"/> 受けない		治療を受けたとき、健康保険証を使用しましたか		<input type="radio"/> 使用した <input type="radio"/> 使用していない														
医療機関	①	医療機関名称																		
		所在地	<input type="text"/> 都 <input type="text"/> 道 <input type="text"/> 府 <input type="text"/> 県																	
		治療期間	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	から	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	まで	<input type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 通院	
	②	医療機関名称																		
		所在地	<input type="text"/> 都 <input type="text"/> 道 <input type="text"/> 府 <input type="text"/> 県																	
		治療期間	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	から	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	まで	<input type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 通院	
	③	医療機関名称																		
		所在地	<input type="text"/> 都 <input type="text"/> 道 <input type="text"/> 府 <input type="text"/> 県																	
		治療期間	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	から	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	まで	<input type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 通院	
一旦窓口で治療費を支払っていますか		<input type="radio"/> いる <input type="radio"/> いない		後遺症		<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ある見込み <input type="radio"/> ない <input type="radio"/> ない見込み														
治療見込み		令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	頃	<input type="radio"/> 終了 <input type="radio"/> 終了予定	治療が終了しているとき	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	終了	※最終診療日を記入してください。

示談の状況

示談が成立	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	交渉中	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	現在
請求権を放棄した	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	成立していない	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	現在
示談が成立していない理由																
請求権を放棄した理由																

損害賠償の受取り状況

* 該当する番号を○で囲み、必要事項を記入してください。

治療費	1. 相手方の保険から	2. 自身が加入している任意保険から									
	3. 相手方(本人)から	4. その他()									
* 上記3の、相手方(本人)から受け取った場合はご記入ください。											
	受領日	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	金額	<input type="text"/>	円
休業補償	1. 1. 相手方の保険から	2. 自身が加入している任意保険から									
	3. 相手方(本人)から	4. その他()									
* 上記3の、相手方(本人)から受け取った場合はご記入ください。											
	受領日	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	金額	<input type="text"/>	円
その他	1. 相手方の保険から	2. 自身が加入している任意保険から									
	3. 相手方(本人)から	4. その他()									
* 上記3の、相手方(本人)から受け取った場合はご記入ください。											
	受領日	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	金額	<input type="text"/>	円

相手方の損害賠償保険加入状況

保険会社						担当者名					
取扱店住所／電話番号	郵便番号					<input type="text"/> 都 <input type="text"/> 道 <input type="text"/> 府 <input type="text"/> 県	TEL (<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>)				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

念 書

令和 年 月 日 (相手方氏名) の行為により

(受診者氏名) 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、私に加害者(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条第1項の規定によって、森永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意義のないことを、ここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせて、次の事項を遵守することを誓約します。

- ① 加害者側と示談をおこなう場合は、必ず前もって森永健康保険組合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ときは、受領年月日、内容、金額(評価額)をまれなく、かつ遅延なく森永健康保険組合に届出ること。

令和 年 月 日

被保険者氏名

森永健康保険組合 理事長 殿

個人情報の取扱いについて

森永健康保険組合は、あなた若しくはあなたの被扶養者である被害者が第三者の行為によって被った傷病について保険給付を行い、その価額の限度内で、あなた若しくはあなたの被扶養者である被害者が第三者に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条第1項の規定により取得し、かつ損害賠償金を請求・受領しますが、その手続きについては、当組合の個人情報保護に関する基本方針(プライバシーポリシー)等に定めるほか、個人情報を次のとおり取扱います。

- ① 当組合は届出のあった「第三者の行為による傷病届」に記載されているあなた若しくはあなたの被扶養者である被害者の個人情報を、損害賠償請求を目的として利用するとともに、被害者及び被保険者に電話・郵便等により内容確認の連絡をします。
- ② 当組合は損害賠償請求を目的として、あなたが治療を受けた医療機関及びあなた若しくは加害者等が契約する損害保険会社等からあなた若しくはあなたの被扶養者である被害者の個人情報を取得します。
- ③ 当組合は、加害者が契約する損害保険会社等に対して損害賠償請求を行うために、当該傷病に関する診療報酬明細書等の写しを郵便により提供します。
- ④ 当組合は加害者に直接損害賠償請求を行うため、あなた若しくはあなたの被扶養者である被害者が当該傷病の治療のため受診した医療機関名及び損害賠償請求額の情報を加害者に電話・郵便等により提供します。
- ⑤ 当組合が求める個人情報の全部または一部が不足している場合には、第三者への損害賠償請求に関する手続きが完了しない可能性があります。なお、第三者の行為により保険給付を受けるときは当組合への届出が健康保険法施行規則第65条により義務付けられております。

※ これに同意できない場合は事前に申し出てください。

森永健康保険組合 TEL 03-3454-6458

同 意 書

上記個人情報の取扱いに同意します。

令和 年 月 日

被保険者氏名

印

受診者氏名

印

(当事者が未成年のときは、親権者が代筆可)

【相手方記入】

誓約書

(受診者氏名)

令和 年 月 日に発生した（事故・暴行傷害等）により _____ が
負った傷病の保険給付を一旦、貴組合で立替えていただきたく、この書面をもってお願いいたし
ます。

なお、立替えていただいた保険給付は、貴組合からの求償に応ずることを誓約いたします。
また、併せて次の事項も厳守いたします。

1. 損害賠償保険から支払われる損害賠償金が不足した場合で、貴組合が私に請求したときは、
損害賠償に応ずる。
2. 受診者と示談するときは、必ず前もって貴組合に申し出る。
3. 受診者の治療状況（治癒・中断・症状固定等）をその都度、貴組合に報告する。
4. 貴組合からの問い合わせ、資料提出等の依頼には、誠意をもって応ずる。
5. 当事者が未成年のときは、親権者が損害賠償に応ずる。

令和 年 月 日
森永健康保険組合 理事長 殿

誓約者（当事者）

〒 _____
住 所 _____ 都 道 府 県 _____
電 話 番 号 _____
氏 名 _____

誓約者（誓約者が未成年のときは親権者もご記入ください）

〒 _____
親 権 者 住 所 _____ 都 道 府 県 _____
親 権 者 電 話 番 号 _____
親 権 者 氏 名 _____

※損害賠償保険（任意保険）等で賠償するとき

令和 年 月 日
(保険会社)

〒 _____
住 所 _____ 都 道 府 県 _____
電 話 番 号 _____
保 険 会 社 名 _____
担 当 者 名 _____
証 券 番 号 _____