

第三者行為による傷病届 (交通事故以外)

令和 6 年 11 月 1 日提出

被害者(受傷者)関係	被保険者		記号 5000	番号 6312	氏名 健保太郎	
	住所		〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 墨田区 〇〇 〇-〇-〇			
	被扶養者がうけた事故であるとき		氏名 健保花子	被保険者との続柄 妻		
	被保険者の勤務先		名称 〇〇〇(株) 〇〇〇 支店	所在地 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 江東区 〇〇 〇-〇-〇		
加害者(相手方)関係	加害者(相手方)		氏名 事故太郎	生年月日 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 平成		
	住所		〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 葛飾区 〇〇〇 〇-〇-〇			
	加害者の(相手方)勤務先		名称 (株) 〇〇〇	所在地 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 千代田区 〇〇〇 〇-〇-〇		
	相手が未成年者であるとき、親権者、後見人等		氏名	加害者との関係		
		住所	〒 - TEL ()			
		不明のときはその理由				
事故内容	傷病名		右足犬咬創、〇〇骨折、〇〇打撲			
	発生日時		令和 〇 年 〇 月 〇 日 午前 ・午後 〇〇 時 〇〇 分頃			
	発生場所		台東区 〇〇 1丁目3番地 〇〇 公園			
	種別		殴打・刺傷・ 咬傷 ・スポーツ中・その他 ()			
	所轄警察署		警察に届出済 (〇〇 警察署) ・届出なし ・不明			
	過失の度合		自分の過失度(割合) 0 , 1 , 2 , 3 , 4 , 5 , 6 , 7 , 8 , 9 , 10		受付日付印	
		相手の過失度(割合) 0 , 1 , 2 , 3 , 4 , 5 , 6 , 7 , 8 , 9 , 10				

東京都木材産業健康保険組合

< 添付書類 >

1. 診断書コピー
2. 領収書コピー
3. 示談したときは示談書コピー
4. その他

事故発生時の状況	【加害者(相手方)の行動及びご自身の行動等わかりやすく、詳しくご記入ください】

治療状況	医療機関	名称	〇〇〇 病院		
		所在地	TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 台東区 〇〇 〇-〇-〇		
	治療期間	入院	令和 〇 年 〇 月 〇 日	～	令和 〇 年 〇 月 〇 日
		通院	令和 〇 年 〇 月 〇 日	～	令和 〇 年 〇 月 〇 日
	治療費の支払方法		自費・相手方負担 <u>健康保険</u> ・その他 ()		
	医療機関	名称	〇〇〇 整形外科		
所在地		TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 墨田区 〇〇 〇-〇-〇			
治療期間	入院	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	
	通院	令和 〇 年 〇 月 〇 日	～	令和 〇 年 〇 月 〇 日	
治療費の支払方法		自費・相手方負担 <u>健康保険</u> ・その他 ()			

加害者の相手方(保険)	契約者	事故 太郎	証明書番号	第 CDE785-673 号
	保険会社名	〇〇〇 損害保険会社(株) 〇〇〇 支店 担当者 〇〇〇		
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 新宿区 〇〇 〇-〇-〇		
	保険の種別	<u>個人賠償責任保険</u> ・他 ()		

示談状況	令和 年 月 日	で示談が成立した。
	令和 〇 年 〇 月 〇 日	現在、交渉中。
	令和 年 月 日	で請求権を放棄した。(理由:)

損害賠償	受領日	金額	受領したものの名目
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	

弁護士(被害者・加害者)いずれかに○印	会社名及び連絡先	担当者	TEL ()
---------------------	----------	-----	---------

念書兼同意書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (事故発生場所) 渋谷区渋谷1丁目2番地交差点

において、(相手方) 事故 一郎 の不法行為により(受傷者) 健保 花子 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、貴組合が給付の価額の限度において取得行使し、かつ損害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. 加害者側と示談を行う場合は、必ず事前に貴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)をもれなく、速やかに届出ること。

なお、この事故に関して、貴組合が損害賠償請求権の行使に必要な当該保険事故に関する私もしくは被扶養者の情報を第三者(事故相手方・損害保険会社・医療機関等)に照会し、その照会内容について情報提供を受けること、また、請求権を行使するために、診療報酬明細書等の写しを提供することに同意します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者 住 所 墨田区東向島 ○-○-○
氏 名 健保 太郎 (印)

被扶養者 住 所 墨田区東向島 ○-○-○
氏 名 健保 花子 (印)