

|               |                       |      |    |      |    |    |
|---------------|-----------------------|------|----|------|----|----|
| 健保<br>使用<br>欄 | 求償区分                  | 常務理事 | 課長 | 課長代理 | 主任 | 担当 |
|               | 求償可能 ・ ※求償不可 ・ 非該当    |      |    |      |    |    |
|               | ※求償不可の場合は、その理由を記入すること |      |    |      |    |    |

## 第三者行為による傷病届

No. \_\_\_\_\_

|                 |                             |  |              |     |      |  |
|-----------------|-----------------------------|--|--------------|-----|------|--|
| 被保険者証           | 記号                          | 番号   | 氏名           |     |      | 印<br>(回転印不可)   |
| 事業所名            | 所属                          |  | 日中の連絡先 ( )   |     |      |  |
| 受診者が<br>被扶養者の場合 | 氏名                          | 続柄   | 生年月日<br>(和暦) | 年   | 月    | 日  |
| 加害者について         | 氏名                          | 自宅住所   | 〒            | -   | TEL  | ( )  |
|                 | 勤務先                         | 勤務先の住所   | 〒            | -   | TEL  | ( )  |
|                 | 第三者(加害者)の氏名・住所が分からないとき・その理由 |  |              |     |      |  |
| 負傷または<br>発病状況   | 負傷または<br>発病年月日              | (和暦)   | 年            | 月   | 日    | ( 曜日 ) <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分 |
|                 | 事故発生場所                      |  |              |     |      |  |
|                 | 負傷または発病の原因<br>(該当箇所に「レ」)    | <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 殴打/殺傷 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |              |     |      |  |
| ※治療状況           | 傷病名                         |  |              |     |      |  |
|                 | 治療の見込                       | (和暦)   | 年            | 月   | 日    | から 約 日間  |
|                 | 医療機関名                       | 〒  | -            | TEL | ( )  | 住所   |
|                 | 支払方法                        | <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 加害者負担 <input type="checkbox"/> 自由診療<br><input type="checkbox"/> 損害保険会社負担 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |              |     | 治療期間 | 月 日 から<br>月 日 日間   |

※転医した場合は健保組合に連絡してください。

### 念 書

私は本件の傷病について健康保険法による保険給付を受けたので、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を、貴組合が保険給付の価格の限度において取得行使し、損害賠償金を受領することに異議がないことを申し立てます。

なお、次の事項についても遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行なう場合は、必ず前もって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. 自動車損害賠償保険(自賠責保険)に被害者請求する場合は、必ず前もって貴組合に届け出ること。
4. 自分が加入する自動車損害賠償保険(任意保険)の特約において人身障害保険を利用する場合は、必ず前もって貴組合に届け出ること。

また併せて次の事項についても同意します。

1. 貴組合が損害賠償額の支払請求を加害者の加入する損害保険会社等に行なう際、請求に係る書類に当該保険給付に係る診療および調剤報酬明細書の写しを添付すること。
2. 加害者の加入する損害保険会社等の保有する損害賠償に関する情報について、貴組合が提供を受けること。

氏名

印 (回転印不可)

