受付印

記入見本

担 当	G 長	事務長	常務理事

□被保険者
□被扶養者

第三者行為による傷害届（交通事故以外）

下記のとおりお届けします。　　2〇 年 〇 月 〇 日提出

※経路　被保険者 ↓ 健康保険組合

資格情報	記号 1 番号 12345		被保険者氏名	健保 太郎	健保
事業所	名称	トヨタ車体 株式会社		所属内線TEL 81 −〇〇〇〇	
	所属	F〇〇 部 〇〇 室・工場		〇〇課 係	
保険給付を受けた者	氏名	健保 太郎	被扶養者の場合は続柄	本人	自宅 TEL（0566）〇〇 − 〇〇〇〇
	住所	〒〇〇〇−〇〇〇〇	刈谷市〇〇〇町123		
事故の種類	☑①けんか □②犬咬 □③スキー □④その他（ ）				
事故発生年月日	2〇 年 〇 月 〇 日 日 曜日		午前・午後	〇 時 〇 分ごろ	
事故発生場所	事故発生場所の住所をご記入ください。				
事故発生の具体的状況	別紙のとおり	事故発生の責任	事故の相手方・当方・わからない		
警察署届出の有無	有（愛知県〇〇 警察署） ・ 無（理由				
事故に関する相手方	氏名	保険 次郎		（〇〇 歳）	
	住所	愛知県〇〇市〇〇321 〇		TEL（0566）〇〇 − 〇〇〇	
診療を受けた医療機関	名称	〇〇整形外科			
	所在地	愛知県〇〇市〇〇町			
傷病名	打撲等（分かる範囲でご記入ください）		初診年月日	2〇 年 〇 月 〇 日	
健保・自費別診療期間	健保	年 月 日 ～		年 月 日	
	自費	年 月 日 ～		年 月 日	
病院の窓口での自己負担	1. 被保険者（被扶養者）	2. 相手方（保険会社）負担		4.その他（ ）	

該当するものに〇を付けてください。

分かる範囲でご記入ください。

該当するものに〇を付けてください。

備考（相手方が不明のときは、その理由を記入して下さい）

健保組合記入欄				
	請求又は制限	５７条（第三者） １１６条（故意） １１７条（不行跡）	請求月日	年 月 日
	給付制限	A（附加金） B（A＋医療費） C（A＋B＋傷手）	入金月日	年 月 日
	請求しない	請求権なし. 免除. 放棄. 不能. その他（ ）	備考	
	請求方法	自賠責 ・ 任意一括 ・ その他（ ）		

《注意事項》

１．手続きをするとき

①第三者の行為によって傷害を受けた場合でも健康保険の給付が受けられますが、この届けの提出が必要です。
この場合、給付の範囲であなたが有する損害賠償請求権が健康保険組合に移ります。但し、**通勤途上中及び業務上の事故は、健康保険は使えません。**

②やむをえず非保険医療機関にかつぎこまれた場合やコルセットなどが必要で、立替え払いをして療養費を請求するときなどの場合は、それぞれの申請、又は、請求書にこの届を添付します。

２．添付書類

①事故発生状況報告書　　②念書（被保険者用）　③念書（相手方用）

３．示談の前に相談を

示談によって、損害賠償を受けると、その範囲を超えて健康保険の給付を受けられなくなります。示談後も給付を受けられるかどうかは、示談の内容によって決まりますので、示談の前に必ず健康保険組合に相談して慎重に示談をして下さい。

※その他不明な点は、健康保険組合までお問い合わせ下さい。

内線）TEL 81 － 2755　　外線）TEL（0566）36 － 3927
FAX 81 - 2774　　FAX（0566）36 － 6288

＊　ご記入いただいた個人情報は
① 健康保険組合からのご案内ならびに保険給付金等の支払に使用する場合があります。
② この届出によって各種保険給付金等の支払の参考に使用させて頂く場合があります。
③ 個人情報保護に関しては http://www.ty-kenpo-kikin.or.jp/kenpo/privacy/01/01.php をご覧下さい。

2024.12 改訂

事 故 発 生 状 況 報 告 書

甲 （加害者）	氏名 **保険　次郎**	乙（被害者）	氏名 **健保　太郎**

＊経路　被保険者 → 健康保険組合

事故現場における加害者と被害者との状況を図示してください。

事故発生状況略図

人 間

できるだけ分かりやすくご記入ください。

上記図の説明を書いてください。

相手側の損害賠償保険等の加入状況

保険会社	保険会社㈱　　支店	担当者名	
保険会社の住所及び連絡先	郵便番号　　－		

相手側が保険に加入している場合、必ずご記入ください。

TEL（　　）　　－

別紙　第三者行為による傷害届に補足して上記のとおりご報告します。

2○　年　○　月　○　日

報 告 者　　甲との関係（　　）　乙との関係（　　）

住　所　**刈谷市○○○町123**

氏　名　**健保　太郎**　　印

＊ご記入いただいた個人情報は

①健康保険組合からのご案内ならびに保険給付金等の支払に使用する場合があります。

②この届出によって各種保険給付金等の支払の参考に使用させて頂く場合があります。

③個人情報保護に関しては http://www.ty-kenpo-kikin.or.jp/kenpo/privacy/01/01.php をご覧下さい。

（被保険者用）　健保被保険者が記入・押印してください。　No.

念　　書

（事故日）　（事故発生場所）

20　年　○　月　○　日　（発生場所を記入）　地内において、

（相手方氏名）　（被保険者等氏名）

保険　次郎　との（　　）事故により　健保　太郎

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ましたので、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５７条の規定によって健康保険組合が保険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．相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴健康保険組合にその内容を申し出ます。

２．相手方に白紙委任状を渡しません。

３．相手方（保険会社等含）から金品等を受けたとき若しくは受けようとするとき、私（保険会社等含）は、請求年月日、受領年月日、内容、金額（評価額）等をもれなく、かつ遅滞なく貴健康保険組合にお届けいたします。又、貴健康保険組合が保険会社等から上記の情報の提供を受けることに同意いたします。

４．健康保険組合が、「相手方」「相手方の連帯債務者」「相手方が加入する損害保険会社(自賠責・任意を問わず。協同組合なども含む)やその代理店」に対して、当事故に関連する求償措置その他必要な行為を行うため、貴健康保険組合が所有している、当事故に直接的あるいは間接的に関係する「診療報酬明細書(レセプト)などの書類」を渡すことに異議を申し立てません。

20　年　○　月　○　日

被保険者　住所　刈谷市○○町１２３

氏名　健保　太郎　印（健保）

トヨタ車体健康保険組合理事長　殿

＊ご記入いただいた個人情報は

①健康保険組合からのご案内ならびに保険給付金等の支払に使用する場合があります。

②この届出によって各種保険給付金等の支払の参考に使用させて頂く場合があります。

③情報保護に関しては http://www.ty-kenpo-kikin.or.jp/kenpo/privacy/01/01.php をご覧下さい。