

被 保 険 者 様

東京都千代田区永田町2-17-2
東京薬業健康保険組合
担当:企画部 審査課 求償係

書 類 送 付 の ご 案 内

平素は健康保険組合の事業運営にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

この度の事故につきましては、心からお見舞い申し上げます。

早速ですが、下記書類を送付させていただきますので、**治療継続中であっても速やかに届出をお願いいたします。**

この届出書類をもとに健保組合が支払った費用の限度内で加害者または加害者が加入している任意保険等に請求させていただきますのでご協力をお願いします。

記

【記入していただく書類】

- (1) 第三者行為による傷病届 (NO. 1、NO. 2)
- (2) 事故発生状況報告書
 - ① 事故発生状況報告書に必ず略図を記入してください。
 - ② 最下段の記名捺印をお忘れにならないようにしてください。
- (3) 念 書 (被害者の方が記入するもの)
- (4) 誓約書 (相手方が記入するもの)

【入手していただく書類】

- (1) 診断書 (写しでも結構です)

第三者行為による傷病届（則 65 条）

被害者情報	被保険者等	記号	被保険者氏名						
		番号	生年月日	昭和・平成	年	月	日生		
			住所	〒 〇					
	被保険者の勤務先事業所	名称							
	所在地	〒 〇							
報	被扶養者の方が事故に遭ったとき	被害者	氏名				続柄		
			生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日生		
第三者情報	第三者（相手方）	氏名			生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
		住所	〒 〇						
	第三者の勤務先	名称							
		所在地	〒 〇						
報	第三者（相手方）が不明のとき	その理由							
事故内容	傷病名				事故発生	令和	年	月	日（曜日）
					年月日				
	事故発生場所								
	種別	けんか、ペット関連、食中毒、その他（ ）							
	警察官の立合	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない							
	所轄署	警察署							
備考									
<p>◎ 本件は<b style="color: red;">業務上・通勤途上災害以外の事故によるものに相違ありません。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">被害者 氏名 _____</p>									

※ 【健康保険法第57条】 損害賠償請求権の代位取得

【受付日付印】

第三者の行為（事故・傷害等）による治療について、健康保険で治療を受けたときは健康保険組合が、その価額の限度（原則：治療費の7割分）について第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得します。

このことを代位取得といいます。

記入についての注意点

- ・別紙「事故発生状況報告書」には第三者(相手方)の行動及び被害者の行動を詳細にご記入ください。
- ・事故状況略図に地図をご記入の際は場所が明確になるよう目印(コンビニ等)も書き添えてください。
- ・加入者の過失が大きい場合であっても被害者(乙)としてご記入ください。

治	受診医療機関	名称	①	②	③	
		所在地	〒	〒	〒	
療	の	治療の 期 間	自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日	
			至:令和 年 月 日	至:令和 年 月 日	至:令和 年 月 日	
			上記のうち入院期間	上記のうち入院期間	上記のうち入院期間	
			自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日	
			至:令和 年 月 日	至:令和 年 月 日	至:令和 年 月 日	
状	況	治療費の 支払方法	治療経過	治 ゆ・継続中・中止	治 ゆ・継続中・中止	治 ゆ・継続中・中止
			健康保険	自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日
			至:令和 年 月 日	至:令和 年 月 日	至:令和 年 月 日	
			第三者(相手方)	自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日
			至:令和 年 月 日	至:令和 年 月 日	至:令和 年 月 日	
		全額自費	自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日	
			至:令和 年 月 日	至:令和 年 月 日	至:令和 年 月 日	

任意保険の加入状況(個人賠償保険・ペット保険等)

		第三者(相手方)の任意保険 (相手方の任意保険会社が仲介するとき)	ご自身の加入する任意保険 (人身傷害補償保険加入状況)
保険契約者	住所	〒	〒
	フリガナ 氏名		
保険会社名等			
証明書番号(証券番号)			
保険期間		自: 令和 年 月 日	自: 令和 年 月 日
		至: 令和 年 月 日	至: 令和 年 月 日
保険会社 住所	所在地 担当者	〒	〒
		〒	〒
備 考		加害者加入の保険会社の関与	被害者加入の保険会社の関与
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 関与の有無をチェック	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 関与の有無をチェック

事故発生状況報告書

※保険証明書番号は個人賠償保険、ペット保険等、当該事故に対応するものをご記載ください。

保険証明書番号	当事者	甲（第三者：相手方）	
		氏名	☎
		乙（被害者）	
		氏名	☎
状況 ※必須	日時	令和 年 月 日（曜日）午前・午後 時 分 頃	
	出勤日の場合	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日（定休日・休暇を含む） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	場所	<input type="checkbox"/> 勤務時間中（パート・アルバイト含む） <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用	
	労災特別加入	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
発生場所 ※必須	<input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無 ※被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入		
詳細情報（店名等）	※ 番地まで具体的にご記載ください		
	<input type="checkbox"/> 屋内（建物名称）（ ）		
	<input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 公園 <input type="checkbox"/> 公共交通機関内（路線名称）（ ）		
<input type="checkbox"/> その他（具体的に）（ ）			
事故現場における当事者双方の状況を図示してください。			
			人間（甲）
	人間（乙）		
上記図の説明を書いてください。		
		
		
		
		
※ けんかの場合は、口論、挑発行為、先に手を出したかどうかも付記してください。			

上記の通り報告します。

令和 年 月 日
報告者 甲との関係（ ）

乙との関係（ ）

※該当項目にレ点を入れてください。

印

念 書

(場所)

令和 年 月 日 _____ において

(第三者：相手方氏名)

(受診者氏名)

_____の行為により _____の被った傷病について、健康保険法の規定による保険給付を受けた場合は、私が第三者(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条の規定に基づき、東京薬業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異議のないことをここに書面をもって申立てます。

なお、併せて次の事項に対し同意し、遵守することを誓約します。

1. 任意保険等への請求に際し、診療報酬明細書(写)等を添付することに同意すること。
2. 加害者及び任意保険等への請求に際し、貴組合から必要な添付書類等の提出を求められた場合には、遅滞なく提出すること。
3. 第三者と示談を行う場合には、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
4. 第三者側に白紙委任状を渡さないこと。
5. 第三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、かつ遅滞なく貴組合に届け出ること。
6. 組合が保険給付又は損害賠償の支払いの請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること。
7. 組合が必要な時、「示談書」及び「後遺障害診断書」を貴組合に届け出ることについて承諾すること。

令和 年 月 日

受 診 者 (未成年の場合は親権者等)

住 所 〒 _____

☎ _____

氏 名 _____

⑩

東京都千代田区永田町二丁目17番2号
東京薬業健康保険組合
理事長 殿

誓 約 書

1. 受傷年月日 年 月 日 午前・午後 時 分 ころ

2. 発生場所

3. 受診者氏名

上記受診者に傷害を負わせましたが、この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付の限度において貴組合が代位取得し、貴組合から損害賠償金（保険給付）の請求を受けた時は、私の過失割合により納付することを誓約しますので、貴組合で一旦立替え（保険給付相当分）頂きたく、お願い申し上げます。

令和 年 月 日

損害賠償金支払義務者（未成年の場合は親権者）

住所 〒 _____

_____ 番 _____

氏 名

_____ 印

連帯保証人

住所 〒 _____

_____ 番 _____

氏 名

_____ 印

東京都千代田区永田町二丁目17番2号
東京薬業健康保険組合
理 事 長 殿