

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 証	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	午前・午後	時	分	頃
	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			派出所			
備 考									
<p>◎ 本件は業務上・通勤途上災害以外<small style="color: red;">以外</small>の事故によるものに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">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保険証を使用したときは、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。

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	
事故・事件 発生日時	※必須	令和 年 月 日（曜日）	午前・午後 時 分頃
発生場所	※必須	※ 番地まで具体的にご記載ください	
詳細情報（店名等）		屋内（建物名称） 道路上 ・ 公園 ・ 公共交通機関内（路線名称） 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。			
上記図の説明を書いてください。	<p>※ 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。</p>		

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)

(被害者氏名)

_____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

被 害 者

住 所 〒 -

☎

氏 名

⑩

被 保 険 者

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 野澤 俊太郎 殿

誓 約 書

(場 所)

令和 年 月 日 _____ において
(第三者：相手方氏名) (被害者・当組合加入者氏名)

_____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条の規定により、その価額の限度において代位請求があ
った場合は、過失責任割合相当分の費用を支払うことを連帯保証人と共に署名押印のう
え誓約します。

令和 年 月 日

第三者(相手方)

住 所 〒 -

☎ _____

氏 名 _____ (印)

連 帯 保 証 人

住 所 〒 -

☎ _____

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 野澤 俊太郎 殿

(記入上の注意)

事故発生場所、被害者氏名は正確に記入してください。