健康保険　第三者の行為による傷病届

本人・家族

被害者・加害者関係	被保険者証の記号・番号		氏名	ふりがな	㊞	生年月日	昭 平　・　・	
	被保険者の現住所	〒　　TEL(　　)　　－						
	事業所の名称							
	所在地	〒						
	被扶養者が受けた事故であるときはその者の	氏名	ふりがな	生年月日	昭 平 令　・　・	続柄		
	加害者	氏名						
		現住所	〒　　TEL(　　)　　－					
	加害者の勤務先	名称		事業内容または職業				
		所在地	〒　　TEL(　　)　　－					
	加害者の住所・氏名等が不明の時はその理由							

事故の内容	傷病名		事故結果	治癒・治療中・死亡
	発生年月日	平成・令和　年　月　日(　曜日)　午前・午後　時　分頃		
	発生場所			
	種別			
	警察官の立合	あった・ない・ないが届出済	所轄署	警察署・派出所
	過失の割合	自分がなんぶ	相手がなんぶ	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

示談	・示談が成立	平成・令和　年　月　日		
	・交渉中	平成・令和　年　月　日現在		
	・請求を放棄した	平成・令和　年　月　日	理由	

◎この届書に添えて提出する書類　　受付日付印

1. 交通事故証明書　(原本。コピーの時は原本証明を受けたもの)
2. 事故発生状況報告書及び念書
3. 加害者の誓約書
4. 示談をしている時は、示談書の写し

加害者の自動車保険加入状況	責任保険加入の有無	加入している・加入していない		保険契約期間	自平成・令和　年　月　日 至平成・令和　年　月　日
	保険証明書番号			契約者氏名	
	契約保険会社	名称		TEL（　　）　－	
		所在地	〒		
	任意保険加入の有無	加入している・加入していない		保険契約期間	自平成・令和　年　月　日 至平成・令和　年　月　日
	保険証明書番号			契約者氏名	
	契約保険会社	名称		TEL（　　）　－	
		所在地	〒		

念　書

平成・令和　年　月　日、（事故発生場所）において（加害者氏名）の不法行為により（被害者氏名）の被った保険事故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、貴組合が損害保険会社へ医療費等の請求をする際、病名・医療費の額等が明記されている診療報酬明細書等の写を活用することに同意します。

また、あわせて次の事項を尊守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職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時は受領年月日・内容・金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。

神戸機械金属健康保険組合理事長　殿

平成・令和　年　月　日

被保険者住所

被保険者氏名　㊞