

第三者の行為による傷病届(自動車事故を除く)

決裁	常務理事	事務長	課長	係長	担当者

届出者 (被保険者)	被保険者証 記号・番号	-	被保険者 氏名	印	生年月日	昭和 平成	年	月	日	職業														
	被保険者 住所	〒				事業所名称 (勤務先)																		
	負傷者が被扶養 者であるときは	氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	続柄	職業															
相手方	氏名	生年月日	明大 昭平	年	月	日	住所	〒																
	勤務先名称					住所	〒																	
	不明の場合その理由																							
事故の内容	傷病名				負傷年月日	平成	年	月	日	(曜日)	午前・午後	時	分	頃										
	発生時の状況	勤務中・通勤途中・私用外出中・休日・その他()																						
	発生の場所																							
	警察への届出	有・無(理由)				所轄署	警察署	被害届受理番号																
	どのように事故 がおきたのか、 状況を詳しく記 入してください																							
	過失の度合	(自分) 被害者	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(相手) 加害者	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
治療状況 (治療順)	名称				入院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠責・健康保険												
	所在地				通院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠責・健康保険												
	名称				入院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠責・健康保険												
	所在地				通院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠責・健康保険												
	治療見込み	年 月 頃 (年 月 日終了)																						
示談の 状況	示談が成立して いるとき	平成 年 月 日成立 (示談書の写しを添付)			示談の 内容																			
	示談が成立して いないとき	平成 年 月 日現在			交渉中	請求権を放棄した(放棄した理由)																		
損害賠償 支払状況	加害者に対 する損害賠 償の請求及び 受領の状況	請求した	請求した場合は 平成 年 月 日請求																					
	請求していない	請求内容 治療費 円 休業補償費 円 その他 円																						
	請求しない	受領した場合は 平成 年 月 日請求 平成 年 月 日受領																						
	受領した	請求内容 治療費 円 休業補償費 円 その他 円																						
求償先が保険 会社の場合	保険会社名	住所	〒							担当者名														
												TEL(- -)												

同意書

私が加害者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第57条により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、保険者が損害賠償額の支払の請求を加害者又は加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等へ請求し、保険金等を受領したときは、金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、保険者が保険医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

さらに、私が70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていた場合、当該軽減特例措置によって支給された一部負担金等の一部に相当する額について、国が加害者又は加害者の加入する損害保険会社等に請求を行うこと、国が保険者に損害賠償額の支払の請求及び受領を委任すること並びに国から委任を受けた保険者が当該金額についての請求事務及び受領代行を外部機関に委託することについても同意します。

その上で、保険者が損害保険会社等から受領した金銭と被保険者が返還すべき額を相殺することに同意します。

また、保険者が保険給付又は損害賠償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、保険給付後に傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還することに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

平成 年 月 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所

氏名

(印)