

被保険者  
被扶養者

第三者の行為による傷病届 1/2枚目

自損事故の場合を除き、本届は必ず2枚一組で届出して下さい

健保組合	常務理事	事務長	事務次長	受付印
	事務次長	担当		

届出日  
令和 年 月 日

①被保険者の記号と番号	記号	②被保険者氏名	
	番号		印

当受 事診 者者	③氏名	④続柄	
	⑤自宅住所	電話番号	

加第 害三 者者	⑥氏名	⑦勤務先	
	⑧自宅住所	電話番号	
	⑨加害者不明時理由		

事故の 内容	⑩種別	当事者：自動車・バイク・自転車・徒歩 殴打・殺傷・その他（ ）	加害者：自動車・バイク・自転車・徒歩
	⑪過失の度合	当事者(受診者) 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	加害者(第三者) 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10

⑫ 治療状況 (治療順)	(1)	医療機関名称			
		住所			
		入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保
		通院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保
	(2)	医療機関名称			
		住所			
		入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保
		通院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保
	(3)	医療機関名称			
		住所			
		入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保
		通院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保
	(4)	医療機関名称			
		住所			
		入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保
		通院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保
⑬治療見込み	年 月頃		日終了 ※治療が終了しているときは最終受診日		

⑭ 加害者（第三者）の自動車保険加入状況	自動車の種別		登録番号		車体番号				
	自動車の保有者	氏名		加害者との関係		保険契約者との関係			
		住所 〒		電話番号					
	保険種別	自賠責保険			任意保険				
	保険会社名								
	加入証明書番号								
	保険期間	自：	年	月	日	自：	年	月	日
		至：	年	月	日	至：	年	月	日
	保険契約者	氏名			氏名				
		加害者との関係			加害者との関係				
住所 〒			住所 〒						
電話番号			電話番号						
任意一括の有無	有	無	※任意一括とは自賠責保険の対応を含めて任意保険会社が一括で対応すること						

⑮ **念書**

(事故日) 年 月 日 (発生場所) において

(加害者) の不法行為により (当事者) 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いたします。

- 加害者と示談を行う場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
- 加害者に白紙の委任状を渡さないこと。
- 加害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。
- 貴組合より請求のあった資料については、ただちに提出すること。
- 治療完了(症状固定)したときは、遅滞なく貴組合に連絡すること。
- 前記各項に反して、貴組合に損害をかけたときは、賠償責任義務を持つこと。

年 月 日 住所

ANAグループ健康保険組合 理事長 殿 氏名 印

⑯ 示談の状況	示談	成立	年 月 日 成立						
		話し合いの状況(加害者や損害保険会社からの仮渡金・治療費・付添料など受領した場合は以下の欄に記入)							
		受領日	金額		受領したものの内容・名目				
		年 月 日	円						
		年 月 日	円						
	年 月 日	円							
交渉中	年 月 日 現在								
しない	理由								

(※) 自損事故の場合は上記⑭⑮⑯の記入は不要