

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

事故以外（他損）

P1記入例

届出日
令和6年6月1日

①被保険者の記号と番号	記号 99	②被保険者氏名	ケンポ タロウ
	番号 999		健保 太郎

当受 事診 者者 者者	③氏名	ケンポ ハナコ 健保 花子	④続柄	妻
	⑤自宅住所	〒999-9999 東京都大田区羽田空港999丁目999番地999号		電話番号 999-9999-9999

加第 害三 者者 者者	⑥氏名	ソラハタ サブロウ 空畑 三郎	⑦勤務先	空畑工業株式会社
	⑧自宅住所	〒888-8888 東京都大田区羽田空港888丁目888番地888号		電話番号 888-8888-8888
	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	加害者：自動車・バイク・自転車 徒歩
	⑪過失の度合	殴打・殺傷・その他（ ）	
		当事者（受診者）	加害者（第三者）
		0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	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	ABC病院		
		住所	東京都大田区羽田空港777丁目777番地777号		
		入院	令和6年5月29日から 令和6年5月30日まで	自費・加害者負担・自賠償	健保
		通院	令和6年5月31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	令和6年 7月頃		日終了 ※治療が終了しているときは最終受診日		

ANAグループ健康保険組合

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		交通事故以外（他損） P2記入例				
	保険種別		自賠責保険					
	保険会社名							
	加入証明書番号							
	保険期間							
	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) 令和 6 年 5 月 29 日 (発生場所) 東京都大田区東糀谷3丁目 大鳥居交差点付近 において

(加害者) 空畑 三郎 の不法行為により (当事者) 健保 花子 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。

令和 6 年 6 月 1 日 住所 東京都大田区羽田空港999丁目999番地999号

ANAグループ健康保険組合 理事長 殿 氏名 健保 花子

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	令和 6 年 6 月 1 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