

第三者の行為による傷病届（交通事故以外）

1

負傷者	被保険者の記号番号	記号 1000	被保険者氏名	健保 太郎 昭・平〇〇年〇〇月〇〇日生（〇〇才）		
	被保険者の勤務先	番号 1234	住所	〒100-0000 東京都千代田区神田**区**-*** TEL 03-0000-0000		
	負傷者が家族であるとき	名称	〇〇〇〇株式会社	所在地	〒100-0000 東京都千代田区神田**区**-*** TEL 03-0000-0000	
	被扶養者氏名	健保 花子 昭・平〇〇年〇〇月〇〇日生（〇〇才）	続柄	妻		
加害者（相手方）	氏名	(フリガナ) クミアイロ 組合子 昭・平〇〇年〇〇月〇〇日生（〇〇才）	住所	〒100-0000 東京都千代田区神田**区**-*** TEL 03-0000-0000		
	勤務先名称	〇〇〇〇株式会社	所在地	〒100-0000 東京都千代田区神田**区**-*** TEL 03-0000-0000		
	相手が未成年者であるとき 親権者、後見人等	氏名	組合一郎 昭・平・令〇〇年〇〇月〇〇日生（〇〇才）	住所	〒100-0000 東京都千代田区神田**区**-*** TEL 03-0000-0000	
	加害者不明のとき	その理由				
負傷の内容	傷病名	大腿骨骨折・頸椎捻挫				
	発生日時	令和〇〇年〇〇月〇〇日（金曜日）午前・午後 10時10分頃				
	発生時の状況	勤務中・通勤途上・私用外出中・その他（ ）				
	発生場所					
	警察への届出	有・無	所轄署	神田警察署	被害届受理番号	1234
	（動きを赤線で記入）	害したのようにかかると負傷 入者の行動を凶に記 （動きを赤線で記入）				
	を上に書いてください。					
過失の度合	こちらがなんぶ 0①2・3・4・5・6・7・8・9・10		相手がなんぶ 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9①10			
備考	この傷病が業務上・通勤途上災害のときは労働者災害補償保険の扱いとなり、健康保険での受診はできません。 〔受付日付印〕					

◎この届の添付書類◎ 診断書コピー（任意）

注意事項

自分の過失の度合いが高く加害者であっても、相手が加害者、あなた（又はあなたの被扶養者）が被害者という立場で記入してください。

No.

治療の状況

2

治療状況 (治療順)	①	医療機関名称	〇〇病院						
		所在地	〇〇区△△-××						
		入院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保組合
		通院	2019年〇月〇〇日から2019年6月30日まで				自費・加害者負担・自賠償	健保組合	
	②	医療機関名称	△△クリニック						
		所在地	〇〇区△△-××						
		入院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保組合
		通院	2019年7月20日から2019年〇月〇〇日まで				自費・加害者負担・自賠償	健保組合	
	③	医療機関名称							
		所在地							
		入院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保組合
		通院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保組合
後遺症		ある ・ ある見込み ・ <u>ない</u> ・ ない見込み							
治療見込み		年 月頃							
		〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日 終了 ※治療が終了しているときは最終受診日							

相手方の保険加入状況

		自賠償保険		任意保険	
保険会社名等		〇〇火災(株)		〇〇海上保険(株)	
証明書(証券)番号		第 ×××-12345 号		第 △△△-56789 号	
保険契約期間		自〇〇〇〇年〇〇月 〇〇日 至〇〇〇〇年 〇〇月〇〇日 (〇ヶ月)		自〇〇〇〇年〇〇月 〇〇日 至〇〇〇〇年 〇〇月〇〇日 (〇ヶ月)	
契約者	住所	〒 000-0000 Tel 03-0000-0000 〇〇区〇〇〇-〇〇		〒 Tel 同左	
	フリガナ氏名	クミ アイチロウ 組 合一郎		同左	
保有者	住所	〒 Tel 同上		〒 Tel 同左	
	フリガナ氏名	同上		同左	
取扱窓口	住所	〒 000-0000 Tel 03-1000-0000 〇〇区〇〇〇-〇〇		〒 000-0000 Tel 03-2000-0000 〇〇区〇〇〇-△△	
	名称	〇〇〇〇		△△△△	
	担当者	□□□□		△△〇〇	
自動車の種別	普通	登録No.	品川13 あ 0001	車台No.	AB12345
任意一括で <u>ある</u> ・ ない					

念 書

3

2019年 ○○月 ○○日	(相手)	組 合 子	の行為により
(被害者)	健保 花子	の被った傷病について、健康保険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1項の規定によって、当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、あわせて、つぎの事項を遵守することを誓約します。			
① 加害者側と示談をおこなう場合は、必ず事前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ときは、受領日、内容、金額（評価額）をもれなく、すみやかに届出ること。			
令和 ○年 ○○月 ○○日			
被保険者氏名 健保 太郎 (印)			
ユアサ健康保険組合 理事長殿			

第三者行為における損害賠償請求に関する個人情報の取扱について

ユアサ健康保険組合は、あなた若しくはあなたの被扶養者である被害者が第三者の行為によって被った傷病について保険給付を行い、その価額の限度内で、あなた若しくはあなたの被扶養者である被害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条第1項の規定により取得し、かつ損害賠償金を請求・受領しますが、その手続については、当健保組合の個人情報保護に関する基本方針（プライバシーポリシー）等に定めるほか、個人情報を次のとおり取扱います。

- ① 当組合は届出のあった「第三者の行為による傷病届」に記載されているあなた若しくはあなたの被扶養者である被害者の個人情報を、損害賠償請求を目的として利用するとともに、被害者及び被保険者に電話・郵便等により内容確認の連絡をします。
- ② 当組合は損害賠償請求を目的として、あなたが治療を受けた医療機関及びあなた若しくは加害者等が契約する損害保険会社等からあなた若しくはあなたの被扶養者である被害者の個人情報を取得します。
- ③ 当組合は、加害者が契約する損害保険会社等に対して損害賠償請求を行うために、当該傷病に関する診療報酬明細書等の写しを郵便により提供します。
- ④ 当組合は、加害者に直接損害賠償請求を行うため、あなた若しくはあなたの被扶養者である被害者が当該傷病の治療のため受診した医療機関名及び損害賠償請求額の情報を加害者に電話・郵便等により提供します。
- ⑤ 当組合が求める個人情報の全部または一部が不足している場合には、第三者への損害賠償請求に関する手続きが完了しない可能性があります。なお、第三者の行為により保険給付を受けるときは当組合への届出が健康保険法施行規則第65条により義務付けられております。

個人情報の利用目的の通知、開示、訂正、利用停止等に関するお問い合わせについては下記担当宛にお願いいたします。

【お問い合わせ先】

ユアサ健康保険組合 TEL03-6369-1770

個人情報の取り扱いに関する同意になります。

同 意 書

個人情報の取扱に同意します。

令和 ○年○○月○○日

被保険者氏名 健保 太郎 (印)

負傷者氏名 健保 花子 (印)

誓約書 (加害者記入)

2019年 ○○月 ○○日 (場所) 千代田区○○-○○付近の交差点 において

(相手) 健保 花子 様の被った 傷病の治療費等 (休業補償を含む健康保険給付)

について、貴組合が立て替えた治療費等は、貴組合から請求を受けたときは過失割合に応じて支払うことを
連帯保証人とともに署名捺印のうえ誓約します。

ユアサ健康保険組合 理事長殿

令和 ○年 ○○月 ○○日

加害者

住所 〒 000-△△△△ 東京都○○区□□-□□

電話 090-0000-0000

氏名 組合子 ㊟

連帯保証人

住所 〒 同上

電話 03-0000-0000

氏名 組合一郎 ㊟

本件についてのご意見 ※加害者に記入・捺印いただけない場合はその理由をご記入ください。

例) 相手と連絡が取れない為、署名捺印がもらえませんでした。
