

常務理事	事務長	担当

私が加害者()氏に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第57条

つきましては、貴健康保険組合が損害賠償額の支払の請求を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、私が損害保険会社へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、貴健康保険組合は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

1.加害者(保険会社)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。

3.治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

令和 年 月 日

届出者(被保険者)

住所 _____

氏名 印

*被扶養者・法定代理人

住所 _____

氏名 印

(未成年者等氏名:)

【注】*被害者が被扶養者の場合被扶養者の住所・氏名もご記入下さい。
*被扶養者が未成年者等の場合には法定代理人が記入して下さい。

大和ハウス工業健康保険組合理事長 殿

第三者行為による負傷届
(健康保険法第57条)

常務理事

事務長

担当

被保険者等 記号・番号	記号		番号		事業所名 (会社名)		
被害者 (受診者)	氏名				被保険者との 続柄		
加害者 (第三者)	氏名				電話	()	
	現住所						
加害者の 勤務先	会社名				電話		
	住所						
加害者の 住所氏名が 不明な時	理由						
事故の種別	自動車事故・バイク・自転車事故・殴打・刺傷・その他()						
事故発生年月 日・時刻	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃						
事故発生場所							
負傷名						飲酒運転の有無（有 ・ 無 ）	
事故概要	事故略図 自 車(乙) 相手車(甲) 通行方向 信 号 一時停止 人 自 転 車 バ イ ク					事故発生状況(詳細に記入)	
加害者の自賠責 保険証明番号				加害者の任意 保険証明番号			
契約保険会社 名称				契約保険会社 名称			
所在地				所在地			
電話				電話			
担当者名				担当者名			
上記の通り本件は、 業務上又は通勤による交通事故等ではないことをお届けします。 令和 年 月 日 被保険者の住所 電話番号(日中の連絡先) TEL () 被保険者の氏名 大和ハウス工業健康保険組合 殿						受付日付印	
*添付書類・・・事故証明書							

第三者行為による負傷届
(健康保険法第57条)

常務理事	事務長	担当

被保険者等 記号・番号	記号	●●●	番号	●●●●●●	事業所名 (会社名)	大和ハウス工業株式会社
被害者 (受診者)	氏名	健保 花子			被保険者との 続柄	妻
加害者 (第三者)	氏名	加害 一郎			電話	000(0000)0000
	現住所	▲▲県▲▲市▲▲▲11-1				
加害者の 勤務先	会社名				電話	
	住所					
加害者の 住所氏名が 不明な時	理由	加害者情報はわかる範囲でご記入をお願いします。				
事故の種別	自動車事故・バイク・自転車事故・殴打・刺傷・その他()					
事故発生年月 日・時刻	令和 × 年 ×× 月 ×× 日 午前・午後 × 時 ×× 分頃					
事故発生場所	▲▲県▲▲市▲▲町13-15 ▲▲交差点					
負傷名	外傷性頸部症候群・腰部捻挫・右膝打撲				飲酒運転の有無 (有・無)	無
事故概要					事故発生状況(詳細に記入)	
					信号待ち停車中、 相手車に追突され 負傷した。	
加害者の自賠責 保険証明番号	ETGH78961			加害者の任意 保険証明番号	abc-123156	
契約保険会社 名称	○△□損害保険㈱			契約保険会社 名称	△□○損害保険㈱	
所在地	▲▲県▲▲市1-2			所在地	▲▲県▲▲市▲▲町3-4	
電話	000-0000-0000			電話	000-0000-0000	
担当者名	自賠 一郎			担当者名	損保 二郎	
上記の通り本件は、 業務上又は通勤による交通事故等ではないことをお届けします。				受付日付印		
令和 ×年 ××月 ××日 被保険者の住所 ▲▲県▲▲市▲▲▲3-4-5 電話番号(日中の連絡先) TEL 000 (0000)0000				被害者(受診者)が工作中や通勤中の ケガ等の場合、(パート・アルバイト等含む) 健康保険診療はできません。 健康保険診療された方は当健保へご連絡 をお願いします。 至急労災保険に切替が必要になります。		
被保険者の氏名 健保 太郎 (印)						
大和ハウス工業健康保険組合 殿						

*添付書類...事故証明書

同意書

私が加害者(加害 一郎)氏に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第57条の規定により、貴健康保険組合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、貴健康保険組合が損害賠償額の支払の請求を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、私が損害保険会社へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、貴健康保険組合は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社からその照会内容について情報提供を受け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。

- 加害者(保険会社)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。
- 加害者(保険会社)に白紙委任状を渡さないこと。
- 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

令和 × 年 ×× 月 ×× 日

届出者(被保険者)

住所 ▲▲県▲▲市▲▲▲3-4-5

氏名 健保 太郎 (印)

*被扶養者・法定代理人

住所 ▲▲県▲▲市▲▲▲3-4-5

氏名 健保 花子 (印)
(未成年者等氏名:)

【注】*被害者が被扶養者の場合被扶養者の住所・氏名もご記入下さい。
*被扶養者が未成年者等の場合には法定代理人が記入して下さい。

大和ハウス工業健康保険組合理事長 殿