

注意 ●消えない黒のボールペン等で記入 ●訂正の場合は二重線および押印必要（修正液等での訂正は原則禁止）

No.

日野自動車健康保険組合 御中

受付印

第三者の行為による傷病届(交通事故以外)

常務理事	事務長	担当

下記のとおりお届けします。

令和 年 月 日提出

被保険者等 記号番号	12	—	被保険者氏名	印		
事業所名称			保険給付を 受けた者		続柄	
被保険者住所	〒		TEL( )	-		
事故発生年月日	令和 年 月 日		曜日	午前・午後	時	分ごろ
事故発生場所						
事故発生時	勤務時間中・勤務日の休憩中・出張中・私用中・その他( ) 通勤途中(出勤・退勤 / 寄り道等有り・寄り道等無し)					
事故の状況	ケンカ・外食等の食中毒・設備不備によるケガ・その他( )					
過失の度合	自分: 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・不明 相手: 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・不明					
警察署届出の有無	有( 警察署 )・無(理由 )					
事故の 相手方 に関する こと	相手方	氏名	( 歳) TEL( ) -			
		住所	〒			
	勤務先	名称	TEL( ) -			
		所在地	〒			
請求先	相手方へ請求・相手方以外へ請求(下記に詳細記入)					
相手方 の外 請求	名称	TEL( ) -				
	所在地	〒				
診療を 受 けた 医療 機関	名称	期間	年 月 日から 年 月 日まで	窓口負担	自費・相手・健康保険	
	所在地	期間	年 月 日から 年 月 日まで	窓口負担	自費・相手・健康保険	
	名称	期間	年 月 日から 年 月 日まで	窓口負担	自費・相手・健康保険	
	所在地	期間	年 月 日から 年 月 日まで	窓口負担	自費・相手・健康保険	
傷病名						
治療状況	治療中(治療終了目安: 月頃・未定) 治療終了( 年 月 日)・症状固定( 年 月 日)					
備考	(相手方が不明のときは、その理由を記入して下さい)					

健保 組合 記入 欄	請求又は制限	57条(第三者) 116条(故意) 117条(不行跡)	請求月日	令和 年 月 日		
	給付制限	A(附加金) B(A+医療費) C(A+B+傷手)	入金月日	令和 年 月 日		
	請求しない	請求権なし. 免除. 放棄. 不能. その他( )	完了 確認印	常務理事	事務長	担当
	請求方法	自賠償. 任意一括. その他( )				



## 念書 兼 同意書

事故発生年月日	令和	年	月	日
事故発生場所				
相手方氏名			被害者氏名	

上記事故により被った傷病について、健康保険法による保険給付を受けましたので、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を、健康保険法57条の規定によって健康保険組合が保険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

また、その受領に際し「診療報酬明細書(レセプト)などの書類」の写しを求償先へ提出することに、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します。

1. 相手方と示談を行うとする場合は、必ず前もって貴健康保険組合にその内容を申し出ます。
2. 相手方に白紙委任状を渡しません。
3. 治癒または症状固定（後遺症認定）した場合は、速やかに健康保険組合にその内容を連絡します。
4. 貴健康保険組合が保険会社等から本件事故に関する情報の提供を受けることに同意いたします。  
又、貴健康保険組合が希望した場合、相手方（保険会社等含）から金品等を受けたとき若しくは受けようとするとき、私（保険会社等含）は、請求年月日、受領年月日、内容、金額（評価額）等をもれなく、かつ遅滞なく貴健康保険組合に届け出ます。
5. 相手方の情報が現在に至るまで不明である場合、相手方の情報が分かった時点で速やかに健康保険組合に連絡いたします。

日野自動車健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者 住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印