

| | | |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | | |

第三者行為による傷病届

令和 年 月 日

| | | | | |
|---------------------------|-----------|------------------------------------|------------|------------|
| 届出者 | 被保険者氏名 | | 被保険者証の記号番号 | |
| | 事業所名 | | 所属 | |
| | 事業所住所 | Tel | | |
| 被害者 (受診者) | 1. 被保険者本人 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 年 月 日 |
| | 2. 家族 | 住所 | | Tel |
| 事故発生 | 発生日時 | 令和 年 月 日 曜日 | 午前・午後 | 時 分頃 |
| | 発生場所 | | | |
| | 事故発生の責任 | 1. 自損(相手方なし) 2. 当方・相手方・双方・わからない | | |
| | 事故の種類 | 当方 自動車・バイク・自転車・徒歩・その他() | | |
| 相手方 自動車・バイク・自転車・徒歩・その他() | | | | |
| 加害者 (第三者) | 氏名 | | | |
| | 住所 | Tel | | |
| 自賠責保険 (加害者) | 保険会社名 | | 車両番号 | |
| | 保険契約者名 | | | |
| | 保険会社の住所 | Tel | | |
| | 自賠責番号 | | 保険期間 | |
| 任意保険 (加害者) | 保険会社名 | | | |
| | 保険契約者名 | | | |
| | 保険会社の住所 | | | |
| | 保険会社の担当者 | Tel | | |
| | 契約番号 | | 保険期間 | |
| | 任意対人一括の有無 | 有・無 | | |
| 被害者加入の保険会社関与の有無(注) | | 有・無 | | |
| 治療状況 | 傷病名 | | 治療開始日 | |
| | 診療機関名 | | | |
| | 所在地 | Tel | | |

(注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。

(被保険者用)

念 書

令和 年 月 日、「(場所) _____」
において、「(加害者の氏名) _____」の不法行為により「(被害者の氏名) _____」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、同法第57条の規定に基づき、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を東邦ガス健康保険組合が給付の価額の限度において取得並びに行使し、かつ賠償金を受領することに異議ありません。
なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談を行う場合は、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. 加害者側に白紙委任状を渡しません。
3. 加害者側から金品(自動車損害賠償保険の保険金受領を含む)を受けたときは、受領年月日・内容・金額(評価額)をまれなく、かつ遅滞なく貴健康保険組合にお届けします。
4. 自動車損害賠償責任保険に被害者請求する場合には、必ず前もって貴健康保険組合にその内容を申し出ます。

令和 年 月 日

被保険者 住所

氏名

印

東邦ガス健康保険組合理事長 殿

(相手方用)

念 書

令和 年 月 日、「(場所) 」に
おいて、私「(当事者甲) 」と健康保険被保険者・被扶養者
「(当事者乙) 」との間に発生した交通()事故
による被保険者等の損害について、健康保険法により保険給付を受けましたの
で、健康保険法第57条の規定により求償されたときは、直ちにお支払いいたし
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. 自動車損害賠償責任保険へ請求するときは、事前にその旨を報告します。
2. 健康保険被保険者等と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴健康保
険組合にその内容を申し出ます。

令和 年 月 日

当事者甲 住所

氏名 印

連帯債務者 住所

氏名 印

東邦ガス健康保険組合理事長 殿