

第三者行為による傷病届

カネカ健康保険組合理事長 殿

記入日： 年 月 日

被保険者	記号		番号		生年月日	年 月 日 (歳)		
	事業所			所属	Tel			
	自宅 住所	〒						
	氏名				(印)	Tel		
事故当事者 (当方) ※○をつける	1.被保険者 2.家族 ※事故当時者が家族の 場合、右に家族の情 報を記入		氏名					
		生年月日	昭・平・令	年 月 日	続柄			
事故発生時 の状況	発生 日時	年 月 日 曜日 午前 時 分頃 午後						
	発生 場所							
	通行 手段	あなた側	<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> バイク	<input type="checkbox"/> 自動車	<input type="checkbox"/> その他	
		相手側	<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> バイク	<input type="checkbox"/> 自動車	<input type="checkbox"/> その他	
負傷の状況	傷病名							
	治療を 受けた 医療機関	①病院名	所在地：					
		受診期間	年 月 日 ~ 月 日					入院・通院
		健康保険の使用	有・無	費用の支払	相手側・あなた側			
		②病院名	所在地：					
		受診期間	年 月 日 ~ 月 日					入院・通院
		健康保険の使用	有・無	費用の支払	相手側・あなた側			
相手の状況	住所	〒						
	氏名					tel		
	職業		勤務先			tel		
	車台 番号							
	自賠責 保険	証番号			保険会社名			
		保険会社の 住所	〒			tel		
	任意 保険	証番号			保険会社名			
		保険会社の 住所	〒			tel		
個人情報保護関連	本件について事業所、保険会社、病院に問い合わせることに同意します。						はい・いいえ	

◎ 提出書類

- ①第三者行為による傷病届、②事故発生状況説明書、③念書、④誓約書（カネカ健康保険組合のホームページより様式を入手）
⑤事故証明（自動車安全運転センターで発行されます。交付申請書は派出所にあります。）

事故発生状況説明書

◎保険会社へ提出の事故発生報告書等、発生状況を図示したものがあれば、その写しで代用可能です。

- 事故の発生状況を図示してください。

- 上記図の状況を説明してください。

<この用紙は被保険者が記入してください。>

念 書

年 月 日、(場所)において
(相手氏名)により、(事故当事者)の被った傷病について、
健康保険を使って受けた治療費のうち、貴組合が負担した金額を限度として、貴組合が直接相手側にその費用
を請求し受領すること、または私に代わり損害賠償金、損害保険金を保険会社に請求し、これを受領すること
(健康保険法第57条「代位請求権の行使」にもとづく)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約束します。

1. 相手側と示談を行う場合は、事前に貴組合にその内容を報告すること。
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、その内容(日時、品名、金額等)をもれなく、
かつ遅滞なく貴組合に報告すること。
4. 自賠責保険に被害者請求をする場合には必ず貴組合に報告すること。
5. レセプトの写しの損害保険会社への提供について同意すること。

以上

年 月 日

被保険者住所

被保険者氏名

印

カネカ健康保険組合 理事長 殿

<この用紙は相手側の加入している保険会社の担当者あるいは相手側本人に記入してもらってください>

誓約書

年 月 日、(場所) において
(相手側当事者) と (事故当事者)
との間において発生した交通事故により、貴組合が保険給付した医療費について、事故の過失割合に応じて、貴組合が負担した金額を限度とし、請求のあり次第遅滞なく貴組合に支払います。

年 月 日

被保険者 住所

氏名 (印)

求償先 住所

氏名 (印)

TEL

力ネ力健康保険組合理事長 殿