

健康保険 第三者行為による傷病届

被保険者証の 記号・番号		事業所の名称						
		所 属						
		社員番号						
被保険者氏名								
負	氏 名				続柄		年齢	
	住 所							
	事故発生日時	年 月 日 ()			時 分頃			
	事故の状態	☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ オートバイ ☐ 乗用車 ☐ 同乗 ☐ その他()						
	何の用務中	☐ 就業時間中 ☐ 出退勤途上 ☐ その他()						
傷	受診状況	病院名			入院の有無	☐ 有(日間) ☐ 無		
		傷病名			治癒見込み	年 月頃		
者	運転者の運転状態	あてはまるものがあればすべて選択してください ☐ 正常運転 ☐ 飲酒 ☐ 麻薬 ☐ 無免許 ☐ 居眠り ☐ 信号無視 ☐ 速度超過()キロオーバー ☐ 前方不注意 ☐ その他()						
	人身傷害保険加入の有無	人身傷害保険(自分自身の治療費を払ってくれる保険)へ加入し、保険会社が治療費の3割を負担していますか? ☐ はい ☐ いいえ						
	休業補償	休業(治療)中の休業補償の方法を選択してください ☐ 相手の自賠責保険へ請求 ☐ 相手の任意保険へ請求 ☐ 自分自身の人身傷害保険へ請求 ☐ 健保へ傷病手当金の請求 ☐ その他						
	事故相手	氏 名					年齢	
	住 所					電話		
	勤務先名称							
	勤務先住所					電話		
過失の度合		自分と相手の過失の割合に○をつけてください 自分がなんぶ → 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10 相手がなんぶ → 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10						
上記のとおり、「事故発生状況報告書」とともに、虚偽なく届出いたします。 年 月 日 被保険者 住所 氏名 印 DMG森精機健康保険組合理事長殿								

(注意) 交通事故証明書を必ず添付してください。

事故相手の自動車損害賠償保険契約等の内容

契約内容		自賠責保険	任意保険
保険会社名			
損害賠償金 支払 請求先店名	所在地		
	名称及び担当課名		
	担当者名		
	電話		
保険契約期間		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
保険契約者	住所		
	氏名		
車両の保有者	住所		
	氏名		
自動車保険証明番号			
自動車	種別		
	登録（車両）番号		
	車台番号		

被保険者又は被扶養者の自動車損害賠償保険契約等の内容

任意保険について		任意保険に「人身傷害保険」を組んで □ いる ・ □ いない		
組 ん で い る 場 合	損害保険会社名		電話	
	担当者名			
	使用の有無	今回、人身傷害保険を使用して □いる ・ □いない		

念 書 兼 同 意 書

事故発生年月日	年 月 日	事故発生場所	
被保険者又は 被扶養者氏名		事故相手氏名	

1. 上記事故に関して、健康保険法による保険給付を請求するにあたり以下の事項を遵守することを誓約します。
- (1) 事故相手と示談を行う場合は、必ず事前に健康保険組合にその内容を申し出ること。
- (2) 事故相手に白紙委任状を渡さないこと。
2. 上記事故に関して、私が保険給付を受けた場合には、私の有する損害賠償請求権及び保険会社等（相手方もしくは私が損害賠償請求できる自動車保険・自賠責保険会社（共済）等をいう。以下同じ）に対する被害者請求権を健康保険組合が保険給付の価額の限度で取得し、損害賠償金を受領することについて同意します。
3. 上記事故に関して私の個人情報及びこの念書兼同意書の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
- (1) 健康保険組合が私の保険の請求、決定及び給付（その見込みを含む）の状況等について私が保険金請求権を有する人身傷害保険等取扱い保険会社（共済）等に対して提供すること。
- (2) 健康保険組合が私の保険の給付及び上記事故による求償業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む）等）について保険会社等から情報提供を受けること。
- (3) 健康保険組合が私の保険の給付及び上記事故による求償業務に関して必要な事項（保険給付額の算出基礎となる資料等）について、保険会社等に対して提供すること。
- (4) この念書兼同意書を **も**って上記事故による求償業務に関する事項を健康保険組合へ情報提供する保険会社等への同意を含むこと。
- (5) この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

年 月 日

DMG 森精機健康保険組合理事長 殿

住 所

氏 名

印

事故を被った人が被保険者と異なる場合は

被保険者氏名

印

誓 約 書

_____年_____月_____日に発生した事故により治療中の
(被保険者又は被扶養者)_____殿の医療費につき貴健康保険組合の
立替払いをお願いいたします。

後日、貴健康保険組合より保険給付した価格において求償あるときは責任の限度に応じて優先し
てお支払いすることを誓約いたします。

年 月 日

DMG 森精機健康保険組合理事長 殿

(事故相手方) 住 所

氏 名

印

(連帯保証人) 住 所

氏 名

印

電 話

【連帯保証人について】

【注 1】 連帯保証人については必ず請求できる任意保険会社名、支店名、担当課名、担当者名、郵便番号、住所、電話番号を記入してください。

【注 2】 保険会社の保証が得られず個人名となった場合には、連帯保証人の署名が必要となります。