

健康保険 第三者行為傷害事故届

被保険者証の 記号・番号		0000-0000	事業所の名称		〇〇事業所			
			所 属		総務課			
			社員番号		0000000			
被保険者氏名		健保 太郎						
負 傷 者	氏 名	健保 太郎			続柄	本人	年齢	30歳
	住 所	〇〇県〇〇市〇〇町77						
	事故発生日時	00年 00月 00日 (土)			18時		10分頃	
	事故の種類	☐ けんか ☒ 犬咬 ☐ スキー ☐ その他()						
	何の用務中	☐ 就業時間中 ☐ 出退勤途上 ☒ その他(休日)						
	受診状況	病院名	〇〇総合病院			入院の有無	☐ 有(日間) ☒ 無	
		傷病名	足のすり傷			治癒見込み	00年 00月頃	
	治療費の負担区分	☐ 最初から健保使用 ☐ 途中から健保使用 ☒ 相手の負担						
	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 ☒ 加害者が負担 ☐ 相手の傷害保険へ請求 ☐ 健保へ傷病手当金の請求 ☐ その他						
	事 故 相 手	氏 名	山本 陽子				年齢	50歳
住 所		〇〇県〇〇市〇〇町106				電話	0000-00-0000	
勤務先名称		株式会社〇〇						
勤務先住所		〇〇県〇〇市〇〇町250				電話	0000-00-0000	
傷害保険加入の有無		☒ 有(有の場合は以下も記入) ☐ 無						
保険会社名		〇〇損害保険株式会社						
保険会社住所		〇〇県〇〇市〇〇町777				電話	0000-00-0000	
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 → 〇・ 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							
事故発生状況を具体的に記入してください。 友人の家を訪問し、インターフォンを押している時、友人宅の飼い犬が寄ってきて突然咬んだ。 リードにつながれていたが、リードが長く玄関先まで届いた。								
上記のとおり、虚偽なく届出いたします。 00年 00月 00日 被保険者 住所 〇〇県〇〇市〇〇町77 氏名 健保 太郎 DMG森精機健康保険組合理事長殿								

印

念 書 兼 同 意 書

事故発生年月日	00年 00月 00日	事故発生場所	〇〇県〇〇市〇〇町106
被保険者又は被扶養者氏名	健保 太郎	事故相手氏名	山本 陽子

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格の限度で取得し、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。

00年 00月 00日

DMG森精機健康保険組合理事長 殿

住 所 〇〇県〇〇市〇〇町77

氏 名 健保 太郎



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)____健保 太郎____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 ____〇〇県〇〇市〇〇町 1 0 6____

氏 名 ____山本 陽子____

印

(連帯保証人) 住 所 ____〇〇県〇〇市〇〇町 2 2____

氏 名 ____〇〇損害保険株式会社____

印

電 話 ____0000-00-0000____

【連帯保証人について】

保険に加入している場合は、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。未加入の場合は記入不要です。