

健康保険

第三者の行為による傷病届(交通事故以外)

令和 年 月 日					
常務理事	事務局長	部長	課長	係長	係

(その1) 本人・家族

被 害 者	被保険者 記号・番号・氏名	記号	123	番号	4567	氏名	健保 太郎		
	被保険者の現住所	〒 000-0000 東京都文京区湯島〇-〇-〇 TEL 03-0000-0000				生年月日	H3 年 2 月 1 日		
	被保険者が勤務 している事業所	名称	株式会社〇〇電機						
		所在地	東京都千代田区〇〇 〇-〇-〇			TEL	03-000-0000		
負傷者が被扶養者 (家族)の場合	氏名			生年月日	年 月 日				
		続柄							

加 害 者	加害者 (相手方)	氏名	東京 一郎		生年月日	H8 年 9 月 10 日			
		現住所	東京都渋谷区〇〇 〇-〇-〇			TEL	03-0000-0000		
	加害者の勤務先	名称	株式会社△△△						
		所在地	東京都新宿区〇〇 〇-〇-〇			TEL	03-0000-0000		
加害者の住所氏名 が分からないとき	理由								

負 傷 内 容	傷病名	右手骨折 他		事故発生 日時	平成 2 年 1 月 3 日 AM 10 時 0 分頃 令和					
	種別	殴打 刺傷・咬傷・食中毒・その他 ()								
	発生の場所	渋谷区〇〇付近の飲食店内								
	発生時の 状況	状況	勤務中※1・通勤途上※2 (※1・2パート・アルバイト含む)			私用外出中		()		
		何をしているとき (何をしに行くとき)	休日、友人と飲食をしているとき							
		飲酒	あり ・ なし							
	どうして、 どのように負傷 したか	食事中、隣のグループが喧嘩をはじめ、その仲裁に入った際、酔った相手に殴られた。殴られた際によろけてテーブルに倒れこみ、顔面打撲、右手骨折した。								
	結果	治療中		即死	入院直後の死亡	(死亡 年 月 日)				
	警察の届出	あり ・ なし (理由:) ・ わからない (理由:)								
	所轄署	渋谷 警察署			派出所					
過失の度合	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10						

※業務上・通勤途上の場合には労災(通災)の確認をしてください。(労災・通災に該当する場合は健康保険での受診はできません。)

添付書類	交通事故以外	1. 示談をしているときは、示談書(写)
------	--------	----------------------

受付日付印

注意事項 過失の度合いが高く自分が加害者であっても、相手が加害者 あなた(または被扶養者)が被害者という立場で記入してください。

※ 該当する文字は○印でかこみ、必要事項は記入してください。

< 個人情報の利用目的 >

本書記載の個人情報につきましては、保険事故への対応のため、健康保険法第57条により加害者(加害車両)の加入する損害保険会社等へ請求するために利用します。

(その2)

示談状況	示談が成立した	交渉中	令和3年2月1日現在	請求権を放棄した
	成立していない			令和 年 月 日
	年 月 日	示談が成立していない理由		放棄した理由

損害賠償の請求及び支払状況	保険会社から賠償金の受領を		した(請求者名) しない・請求中			
	加害者に対する損害賠償の請求		していない・した	平成 年 月 日 治療費 円 休業補償 円 口頭・文書 その他 円		
	第三者・加害者から損害賠償を受けたとき	損害賠償の種類	加害者直接賠償		保険会社からの賠償	
		損害賠償の内訳	治療費(入院費を含む)			円
			休業補償費	自 平成 年 月 日	1日につき	円
				至 平成 年 月 日	計	円
			葬祭費			円
			慰籍料			円
			見舞金			円
			障害補償費			円
その他			円			
合計			円			
金額			受領			
受領方法及び年月日	分割	第1回	円 平成 年 月 日 受領			
		第2回	円 平成 年 月 日 受領			
	()回払	第3回	円 平成 年 月 日 受領			
		第4回	円 平成 年 月 日 受領			

受領済みのものがあればご記入ください

加害者の損害保険加入状況	この事故で相手方の加入されている損害保険を使用	1.使用した 2.使用する予定 3.使用していない	保険契約期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
	保険名(個人賠償責任保険、施設賠償責任保険など)			契約者氏名
	契約保険会社	名称		
	取扱窓口(本件の担当者・問合せ先)	住所		
	担当課	担当者名		

(その3)

治 療 を 受 け た 状 況	この事故で医師の 治療を受けましたか	<input checked="" type="radio"/> うけた・ <input type="radio"/> うけない	傷病名 (負傷部位)	頸椎損傷		
	名称	〇〇病院	所在地	東京 <input checked="" type="radio"/> 都道府県	渋谷	<input checked="" type="radio"/> 市区町村
	受診期間 (提出日現在)	R2 年 5 月 3 日 ~ R2 年 5 月 6 日				
	受診の際は	自費・加害者負担・ <input checked="" type="radio"/> 健康保険・その他()				
	名称	◇◇クリニック	所在地	東京 <input checked="" type="radio"/> 都道府県	文京	<input checked="" type="radio"/> 市区町村
	受診期間 (提出日現在)	R2 年 5 月 15 日 ~ R2 年 10 月 5 日				
	受診の際は	自費・加害者負担・ <input checked="" type="radio"/> 健康保険・その他()				
	名称		所在地	都道府県		市区町村
	受診期間 (提出日現在)	年 月 日 ~ 年 月 日				
	受診の際は	自費・加害者負担・健康保険・その他()				
	現在の 治療の状況	入院中・通院中・ <input checked="" type="radio"/> 治療終了(最終受診日: R2 年 10 月 5 日) ※入院または通院中の場合、治療終了見込み: 年 月頃				
	後遺症	ある・ある見込 <input checked="" type="radio"/> ない・ない見込				

※ この欄は、記入する必要はありません。

保険給付費					
種別	金額	内訳		支給年月日	備考
療養の給付	円	自平成・令和 年 月 日 至平成・令和 年 月 日	日間	平成 令和 年 月 日	
療養費	円				
傷病手当金	円	自平成・令和 年 月 日 至平成・令和 年 月 日	日間		
	円				
合計	円				

念書

令和 3 年 1 月 3 日 (場所) 渋谷区〇〇-〇〇 において
(加害者氏名) 東京 一郎 (被害者氏名) 健保 太郎
の不法行為により 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、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条の規定によって、組合が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、併せて次の事項を遵守することを誓約いたします。

- 加害者側と示談をおこなう場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 加害者側から金品を受けたときは、受領年月日、内容金額(評価額)をもれなくかつ遅滞なく貴職に届出ること。

令和 3 年 2 月 5 日

東京都電機健康保険組合理事長 殿

住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇

東京都文京区湯島〇-〇-〇

被害者氏名

健保 太郎

個人情報第三者提供に係る同意書

個人情報保護法第23条により、診療(調剤)報酬明細書等における個人情報を以下に明らかにします。なお、個人情報の項目は以下に列挙したもの等によります。

利用目的	被保険者等に対する適正な保険給付に必要とするため (健康保険法第57条により加害者の加入する損害保険会社等へ請求するため)
基本情報	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 性別
	<input type="checkbox"/> 健康保険証記号番号 <input type="checkbox"/> 傷病名 <input type="checkbox"/> 診療開始日
	<input type="checkbox"/> 診療実日数 <input type="checkbox"/> 保険医療機関の所在地及び名称
	<input type="checkbox"/> 保険薬局の所在地及び名称 <input type="checkbox"/> 診療(調剤)年月
	<input type="checkbox"/> 公費負担番号 <input type="checkbox"/> 公費受給者番号
診療情報	<input type="checkbox"/> 基本診療(初診・再診・入院料) <input type="checkbox"/> 入院年月日
	<input type="checkbox"/> 入院時食事療養費 <input type="checkbox"/> 指導管理 <input type="checkbox"/> 在宅医療
	<input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 画像診断 <input type="checkbox"/> 投薬
	<input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 処置
	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> 放射線治療
	<input type="checkbox"/> 処方医薬品名

上記で明らかにした利用目的にのみ個人情報を利用するものとします。
上のことに同意いたします。

令和 3 年 2 月 5 日

東京都電機健康保険組合理事長 殿

被害者氏名

健保 太郎

