

令和 〇 年 〇 月 〇 日

カヤバ健康保険組合 御中

被保険者 住所 岐阜県可児市土田 365 番地

氏名 健保 太郎 健保 印

第三者の行為に因る傷害事故届 (けんか、犬などに噛まれた場合等)

|                     |                             |                                                                   |                   |                       |           |  |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|-----------|--|
| 被保険者等<br>記 号<br>番 号 | 201<br>19893                | 氏名<br>健保 太郎                                                       | 所属<br>管理部         | 電話 (内線)<br>7-25-82969 |           |  |
| 事故状況                | 日 時                         | 令和〇 年 〇 月 〇 日                                                     | 発生場所              |                       |           |  |
|                     |                             | AM PM 10 時 00 分頃                                                  | 可児市土田 555 番地の飲食店内 |                       |           |  |
|                     | 発生状況                        | 就業時間中・通勤途上・私用外出中・その他 ( )<br>※就業時間中・通勤途上の場合は労災保険適用です。健康保険は使用できません。 |                   |                       |           |  |
|                     | 具体的に<br>ご記入下さい              | (どこで何をしているときに、どのように)                                              |                   |                       |           |  |
|                     |                             | 飲食店内でトラブルから口論となった末、相手方に殴られた。                                      |                   |                       |           |  |
|                     |                             |                                                                   |                   |                       |           |  |
|                     | 警察届出                        | 済 可児警察署 被害届受理番号 3333333                                           |                   | 未届                    |           |  |
| 示談状況                | 交渉中<br>成立していない              | 年 月 日現在                                                           | 成 立               | 〇年〇月〇日                |           |  |
| 負傷者<br>(被保険者・扶養者)   | 氏名 :                        | 健保 太郎                                                             |                   | 電話番号 : 090-3308-1616  |           |  |
|                     | 住所 :                        | 岐阜県可児市土田 365 番地                                                   |                   |                       |           |  |
|                     | 治療状況                        | 病院名                                                               | 可児中央病院            | 入院の有無                 | 有 ( 日間) 無 |  |
| 傷病名                 |                             | 頭部外傷                                                              | 治療見込み             | 全治 10 日 見込            |           |  |
| 加害者<br>(第三者:相手方)    | 氏名 :                        | 田中 浩                                                              |                   | 電話番号 : 090-2929-3939  |           |  |
|                     | 住所 :                        | 岐阜県可児市土田 510 番地                                                   |                   |                       |           |  |
|                     | 勤務先                         | 名称                                                                | 可児製作所             |                       |           |  |
|                     |                             | 所在地                                                               | 可児市土田 508 番地      | 電話番号 : 0574-26-8787   |           |  |
|                     | 相手が未成年<br>者である時、親<br>権者、後見人 | 氏名                                                                |                   |                       | 加害者との関係   |  |
|                     |                             | 住所                                                                |                   |                       | 電話番号 :    |  |
|                     | 負傷状況                        | 無 ・ 有 (傷病名 全治 ヶ月見込)                                               |                   |                       |           |  |

◆添付書類 ①念書・同意書 ②誓約書(相手方記入)

◆注意 自分の過失の度合いが高く加害者であっても、相手が加害者

あなた又はあなたの被扶養者(家族)が被害者という立場で記入してください。

念 書

(加害者への損害賠償請求権について)

|         |                 |       |      |
|---------|-----------------|-------|------|
| 事故発生年月日 | 令和〇 年 〇 月 〇 日   |       |      |
| 事故発生場所  | 岐阜県可児市土田 555 番地 |       |      |
| 被害者氏名   | 健保 太郎           | 相手方氏名 | 田中 浩 |

上記事故に対して、私が保険給付を受けた場合には、私が加害者に対して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者が加入する自動車保険・自賠責保険会社(共済)等を言う。以下同じ)に対する被害者請求権を健康保険法57条の規定によって、保険給付の価額の限度を取得し、損害賠償金を受領することについては承知しました。

また、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者(保険会社)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連絡します。
2. 加害者(保険会社)に白紙委任状を渡しません。
3. 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、かつ遅滞なく貴健康保険組合に連絡します。

同 意 書

(個人情報の取扱いについて)

上記事故に対して、私の個人情報及びこの念書の取扱いにつき、以下の事項に同意します。

1. 貴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)に対して提供すること。
2. 貴健康保険組合が、私の保険の給付及び上記請求の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)について保険会社を含む加害者から提供をうけること。
3. 貴健康保険組合が、私の保険給付及び上記請求の業務に関して必要な事項(診療報酬明細書(レセプト)等の保険給付額の算出基礎となる資料)について、保険会社を含む加害者側に対して提供すること。
4. この念書および同意書を保険会社を含む加害者側へ提示すること。

カヤバ健康保険組合 理事長殿

令和 〇 年 〇 月 〇 日

被保険者氏名 健保 太郎 健保 印

負傷者氏名 印

↑負傷者氏名が被保険者と同じ場合は1箇所の記入で可