

健康保険 第三者の行為による傷病届

～ 下記の太枠内の該当する箇所に○をつけ、必要事項を記入下さい ～

1. 今回の傷病届出者の区分

区 分	本人 ・ 家族
-----	---------

※記号欄は

10=豊田合成 11=健保 12=-栄工業 13=TG ウェルフェア 14=TG メンテナンス 15=TG ロジスティクス
18=TG SPORTS 30=TG テクノ 31= TGAP 32=ティーザーオブシード 34=豊田合成東日本
35=豊田合成九州 40=豊田合成日乃出 41=海洋コム 50=豊信合成 90=任意継続

2. 被保険者・加害者関係

健康保険証 被保険者証	※記号	番号	被保険者氏名	印
住所	TEL			
事業所名(会社名)				
事業所所在地	TEL			
被扶養者がうける 事故であるとき	被扶養者 氏名		被保険者 との続柄	
加害者	氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	住所	TEL		
加害者の勤務先	名称		職業	
	所在地	TEL		
加害者の住所氏名等が 判らないとき	その理由:			

3. 事故内容

傷病名												
発生日年月日	年	月	日	AM・PM	時	分	頃					
発生場所												
何の用務中か	休日・休暇・出勤前・出勤途中・会社内・出張中・休み時間中 帰宅途中・帰宅後・その他()											
種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打・刺傷 その他()											
事故結果	即死・入院中(入院直後)の死亡[死亡:平成 年 月 日]・治療											
警察官の立会い	あった・ないが届出済 ない・わからない										警察署 派出所	
過失の割合	自分の割合	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	相手の割合	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

★この届に添付して提出する書類

自動車事故のとき	①自動車事故証明書(原本) ②事故発生状況報告書 ③念書 ④相手方の自動車保険関係事項 ⑤示談をしているときは示談書の写し ⑥治療状況について(報告) <治療終了後早急に提出>
----------	--

裏面に続く →

念 書

(事故日)

(事故発生場所)

_____年____月____日 _____に

(相手方氏名)

(今回届け出をする人の氏名)

において_____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ましたので、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条1項の規定によって健康保険組合が保険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、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 相手方と示談を行なおうとする場合は、必ず前もって貴健康保険組合にその内容を申し出ます。
2. 相手方に白紙委任状を渡しません。
3. 相手方(保険会社等含)から金品を受けたとき若しくは受けようとするとき、私(保険会社等含)は、請求年月日、受領年月日、内容、金額(評価額)等をもれなく、かつ遅滞なく貴健康保険組合にお届けいたします。また、貴健康保険組合が保険会社等から上記の情報の提供を受けることに同意いたします。
4. 健康保険組合が、「相手方」「相手方の連帯債務書」「相手方が加入する損害保険会社(自賠償・任意を問わず。協同組合なども含む)やその代理店」に対して当事故に関連する求償措置その他必要な行為を行うため、貴健康保険組合が所有している、当事故に直接的あるいは間接的に関係する「診療報酬明細書(レセプト)などの書類」を渡すことに異議を申し立てません。

令和 _____年 _____月 _____日

被保険者 住所

氏名

印

豊田合成健康保険組合理事長 殿

治療状況について(報告)

令和 年 月 日 の交通事故で治療した結果を下記のようにご報告致します。

受診者名: _____

治療状況

診 療 年 月	診 療 日 数	区 分 (該 当 に ○)	医 療 機 関 名 (病 院 名)
年 月	日	入院・通院	
年 月	日	入院・通院	
年 月	日	入院・通院	
年 月	日	入院・通院	
年 月	日	入院・通院	
年 月	日	入院・通院	
年 月	日	入院・通院	
年 月	日	入院・通院	
年 月	日	入院・通院	
年 月	日	入院・通院	
年 月	日	入院・通院	
年 月	日	入院・通院	
年 月	日	入院・通院	

令和 年 月 日 治療が終了しました。

会 社 名 :	
所 属 :	
被 保 険 者 名 :	印
TEL :	

相手方の自動車（保険）関係事項

※必ず保険証券を見て誤りのないようにご記入ください

自 賠 責 保 険	保険会社名 取扱支店名				
	取扱支店所在地		〒 TEL		
	保険契約者	氏名			
		住所	TEL		
	車の 保有者	氏名	保険契約者との関係 ()		
		住所	TEL		
	運転者	氏名	保有者との関係 ()		
		住所	TEL		
保険契約期間		自 年 月 日 ~ 至 年 月 日 (ヶ月間)			
自賠償証明書番号			自賠償請求	済・未済	

任 意 保 険	保険会社名 取扱支店名				
	取扱支店所在地		〒 TEL		
	担当者名		TEL		
	自動車保険証番号				
	保険契約期間		自 年 月 日 ~ 至 年 月 日 (ヶ月間)		
	保険契約者	氏名			
		住所	TEL		
任意一括払について ※		有・無		※任意一括払とは、自賠償保険だけの対応ではなく、任意保険会社が対応している場合です。	