

# 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=一榮工業 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  
 16=テクノアトリサーチ 17=豊田合成インテリア・マニファクチャリング 30=TG テクノ 31= TGAP  
 32=ティージー・オブシード 40=日乃出ゴム工業 41=海洋ゴム 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 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	平成	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	所轄署							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 →

◎自動車事故であって「事故発生状況報告書」をこの届に添えて提出するときは下記は記入不要です。

**A) 事故の発生状況**

加害者の行為によって生じた事故について、加害者の行動および被害者の行動をわかりやすく詳しく記入して下さい

Blank area for reporting the accident details, featuring horizontal dashed lines for writing.

**B) 事故現場の見取図**

事故が発生した場所の見取図を記載して下さい。  
そして被害者と加害者の行動を赤点線をもって表示して下さい。

Blank area for drawing the accident scene map, intended for showing the location and actions of the parties involved.

# 念 書

(事故日) 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (事故発生場所) \_\_\_\_\_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。

平成 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