

第三者行為による傷病届

届出者	被保険者氏名	④	記号・番号	-	所属								
被害者 (受診者)	氏名		性別	男・女	続柄								
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	年齢	歳						
	住所						電話	-	-				
加害者 (第三者)	氏名		性別	男・女	年齢	歳							
	住所						電話	-	-				
事故 状 況	発生日時	令和	年	月	日	午前・午後	時	分					
	発生場所												
	事故内容	自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・その他()											
	過失の度合	相手方()%			本人()%								
	警察への届出の有無	()届け出済 : 人身事故・物損事故 ()警察署 ()未届け : 理由()											
	加害者が不明である場合	(理由)											
事故の相手方の自動車保険加入状況	(自賠責保険)	保険会社名											
		保険契約者名											
		登録番号											
		車台番号											
		保険期間	平・令	年	月	日	～	令和	年	月	日	自賠責番号	
	(任意保険)	保険会社名											
		取扱店所在地											
		担当者名											
		保険契約者名											
		保険契約者住所											
		保険期間	平・令	年	月	日	～	令和	年	月	日	契約番号	
		任意一括の有無	※ 相手方が加入している任意保険会社が窓口となって、自賠責保険と任意保険の両方を一括して被害者に支払うのかをご確認ください。									有・無	
	治療の状況	①	診療機関名							入院	有・無		
			所在地							支払い	自費・加害者負担 自賠責・健康保険		
②		診療機関名							入院	有・無			
		所在地							支払い	自費・加害者負担 自賠責・健康保険			

念 書

令和 年 月 日、(事故場所)

において、(加害者) の不法行為により(被害者)

の被った保険事故について、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、併せて以下の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者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け出ること。
4. 自賠償の被害者請求をする場合には、前もって貴職にその内容を申し出ること。

京都中央信用金庫健康保険組合 御中

令和 年 月 日

住 所

被保険者

氏 名

Ⓔ