

被保険者 住所 〒

氏名 印

第三者の行為に因る傷害事故届

保険証の記号番号	氏名	所属	電話(内線)
1. 被害者 (被保険者・扶養者)	住所: 氏名:	生年月日: 昭・平・令 年 月 日	
2. 加害者 (第三者:相手方)	住所: 氏名:	電話番号:	
3. 加害者の勤務先	住所: 社名:	電話番号:	
4. 自動車保険 (加害者)の関係  ・自賠責保険 (有無)  ・任意保険 (有無)	自賠責保険	保険会社住所	
		保険会社名	支店・営業所 電話番号:
		保険証番号	号
		保険契約者	住所: 氏名: 加害者との関係:
	任意保険	保険会社住所	
		保険会社名	支店・営業所 電話番号:
		保険証番号	号
		保険契約者	住所: 氏名: 加害者との関係:
5. 事故発生	日時 年 月 日 AM PM 時 分頃	場所	
	事故取扱警察署:	署 係官名:	
6. 負傷の状況	傷病名:	治療開始日:	入院 通院
7. 事故の状況  (走行速度) ・被害者 km/H  ・加害者 km/H	(事故状況の説明)		(事故状況の図示)

(健康保険法施行規則第六十五条による届け出)

念書

(場所) (加害者氏名)

年 月 日 (被害者氏名) に於いて の

不法行為により の被った傷病について、健康保険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(代位取得)の規定によって、 が給付の価格の限度に於いて取得並びに行使し、かつ、賠償金を受領することに意義ありません。なお、あわせて、次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談を行う場合は、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. 加害者側から金品を受けたときは、受領月日、内容金額(評価額)をもれなく、かつ遅滞なく貴職に申し出ること。
4. 自動車損害賠償責任保険に被害者請求する場合には、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。

同意書

(個人情報の取り扱いについて)

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 年 月 日

被保険者氏名 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