

令和 5 年 11 月 1 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)

念 書

(加害者への損害賠償請求権について)

保険証の 記号 番号	201 19893	氏名 健保 太郎	所属 管理部	電話 (内線) 7-25-82969
事故状況	日 時	令和 5 年 10 月 3 日 AM PM 10 時 00 分頃	発生場所 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 () ※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 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 成立していない	年 月 日現在	成立	5 年 10 月 20 日
負傷者 (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 (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 者である時、親 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)	

事故発生年月日	令和 5 年 10 月 3 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。

- 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。
- 加害者 (保険会社) に白紙委任状を渡しません。
- 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。

- 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。
- 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。
- 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。
- 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 5 年 11 月 1 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

◆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。