

第三者の行為による傷病届(自動車事故を除く)

決 裁	常務理事	事務長	課長	係長	担当者

届出者 (被保険者)	被保険者証 記号・番号	-	被保険者 氏名	印	生年月日	昭和 平成	年	月	日	職業		
	被保険者 住所	〒				事業所名称 (勤務先)						
	負傷者が被扶養 者であるときは	氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	続柄	職業			
相手方	氏名	生年月日	明大 昭平	年	月	日	住所	〒 TEL(- -)				
	勤務先名称	住所	〒 TEL(- -)									
	不明の場合その理由											
事故の内容	傷病名			負傷年月日	平成	年	月	日	(曜日)	午前・午後	時	分
	発生時の状況	勤務中・通勤途中・私用外出中・休日・その他()										
	発生の場所											
	警察への届出	有・無(理由)		所轄署	警察署	被害届受理番号						
	どのように事故 がおきたのか、 状況を詳しく記 入してください											
	過失の度合	(自分) 被害者	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	(相手) 加害者	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10							
治療状況 (治療順)	名称	入院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠責・健康保険			
	所在地	通院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠責・健康保険			
	名称	入院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠責・健康保険			
	所在地	通院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠責・健康保険			
	治療見込み	年 月 頃 (年 月 日終了)										
示談の 状況	示談が成立して いるとき	平成	年	月	日成立	示談の 内容						
	示談が成立して いないとき	平成	年	月	日現在	交渉中	請求権を放棄した(放棄した理由)					
損害賠償 支払状況	加害者に対 する損害賠 償の請求及び 受領の状況	請求した	請求した場合は 平成 年 月 日請求									
	請求していない	請求内容 治療費 円 休業補償費 円 その他 円										
	請求しない	受領した場合は 平成 年 月 日請求 平成 年 月 日受領										
	受領した	請求内容 治療費 円 休業補償費 円 その他 円										
求償先が保険 会社の場合	保険会社名	住所	〒 TEL(- -)						担当者名			

被保険者用

念 書

平成 年 月 日 場所 相手方
被保険者等氏名 において、
の行為により、 の被った傷病について、健康保険法による保険
給付を受けた場合は、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条の規定によって、愛知県情報サービス産業健康保険組合が保険給付の
価値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. 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
3. 相手側から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額（評価額）をまれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。

平成 年 月 日

被保険者

住所

氏名

愛知県情報サービス産業健康保険組合 殿