

伺 年 月 日	令和 年 月 日
決 議 年 月 日	令和 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

健康保険 第三者の行為による傷病届・念書

届出日：令和 年 月 日

申請者	被保険者証の記号番号	記号番号	社員NO	被保険者の氏名		
	住所	〒	所属コード	所属名称		
被害者	氏名	続柄	年齢	才	※被扶養者の場合は、続柄、年齢を記入してください。	
加害者	氏名	住所	〒	電話		
	勤務先	住所	〒	電話		
加害者不明のとき		理由				
事故の内容	傷病名				発生年月日	令和 年 月 日
	発生の場所					
	事故の種別	自動車・バイク・自転車・殴打・刺傷・食中毒・その他()				
	事故の結果	治療(入院・通院)・死亡(入院前・入院後)				
	警察の立会	有・無	所轄署	警察署	派出所	
	過失の割合	自分の過失割合		相手の過失割合		
	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10			
加害者側保険加入状況	自賠責	加入の有無	加入・未加入	保険契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日	
	責任	契約会社	契約者名	住所	〒	電話
		名称	担当者名			
	加入	自賠責	加入の有無	加入・未加入	保険契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日
責任		契約会社	契約者名	住所	〒	電話
	名称	担当者名				
示談状況	示談が成立交渉中			年 月 日 現在	請求権を放棄した	
	年 月 日	成立していない		年 月 日	放棄した理由	
損害賠償状況	事故の際保険会社から賠償金の受領は			した(請求者名)・しない・請求中		
	加害者に対する損害賠償の請求		していない・した	年 月 日	治療費	円
治療状況	この事故で医師の治療を受けましたか			うけた・うけない		
	治療を受けた場合	医療機関		名称		
		支払い方法		所在地	TEL()	
	治療開始		健康保険・加害者負担・自費・その他()			
	転帰		年 月 日 入院・通院			
		現在入院中・通院加療中・治癒・中止				

受付印

申請者	被保険者証の 記号番号	記号	社員NO	被保険者 の氏名
		番号	所属コード	所属名称

発生した事故について加害者および被害者の行動を詳細に記入

事故が発生した場所の見取図を掲載し、被害者と加害者の行動を赤点線で表示する事。

念書

上記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、オカムラグループ健康保険組合が、給付の価格の限度において取得行使し、賠償金を受領することに異議のないことをここに申し立てます。尚、併せて右記事項を遵守する事を誓約致します。

氏名



1. 加害者と示談を行おうとする場合は、前以て健保組合にその内容を申し出る事
2. 加害者に白紙の委任状を渡さない事
3. 加害者側から金品を受取った場合は、受領日、内容、金額(評価額)を漏れなくかつ遅滞なく健保組合に届け出る事
4. 自賠責保険及び任意保険の請求に際し、貴健康保険組合から必要な書類の提出を求められた場合は、遅延なく提出する事

●添付書類

事故証明書を必ず添付して下さい。