交通事故以外用

第三者行為による負傷届

令和　　年　　月　　日

被保険者	被保険者証の記号		番号		職種	
	フリガナ					
	氏名					㊞
	住所					TEL　　（　　）
	勤務先名称					
	勤務先所在地					TEL　　（　　）
フリガナ					続柄	
負傷者が被扶養者の場合はその者の氏名						
負傷の状況	発生日時	平成・令和　　年　　月　　日／午前・午後　　時　　分頃				
	発生場所（住所）					
	どんな用事で					
	どんな状態でけがをしたか（詳細）					
警察への届出の有無		有：（　　）警察署・派出所へ届出 無：（理由　　）				

治療の状況	医療機関名称	医療機関所在地	受診期間	治療費
	1.	〒	入院　　～ 通院　　～	健康保険・自費 その他（　　）
	2.	〒	入院　　～ 通院　　～	健康保険・自費 その他（　　）
	3.	〒	入院　　～ 通院　　～	健康保険・自費 その他（　　）
傷病手当金の請求		無・有	平令　　年　月　日～平令　　年　月　日まで	

<table>
<tr><td rowspan="7">相手方（加害者）</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">年齢</td><td rowspan="2">才</td><td rowspan="2">職種</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">TEL　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">勤務先</td><td>名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="2"></td><td colspan="3">TEL　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="7">任意保険</td><td colspan="6">※相手方が、今回の事故に係る任意保険に加入している場合は、必ず記入してください。</td></tr>
<tr><td>保険会社名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>取扱店</td><td colspan="2"></td><td>担当者名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="2"></td><td>連絡先 TEL</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>保険契約者名</td><td colspan="2"></td><td>住　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">契約証書番号</td><td rowspan="2" colspan="2"></td><td rowspan="2">保険期間</td><td colspan="2">自　　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">至　　年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">損害賠償内容と状況</td><td colspan="2">示　談</td><td colspan="4">示談した（　　年　月　日成立）・示談交渉中・示談していない</td></tr>
<tr><td colspan="2">賠償金</td><td colspan="4">受領済み・一部受領済み・受領していない</td></tr>
<tr><td colspan="6">示談の内容または交渉中の時は、その経過及び損害賠償受領状況</td></tr>
</table>

第三者行為による負傷届について

この届出は、被保険者または被扶養者が第三者の不法行為によって負傷し、健康保険で治療等を受けることとなったときに、健康保険組合へ届出するものです。

健康保険で治療等を受けた場合、本来加害者が支払うべき治療費等を健康保険組合が負担したことになります。 このため健康保険組合は、被害者に代わって加害者（または損保会社）に請求することになります。

この届に添えて提出する書類

1. 念書
2. 示談書の写（同時に提出できない場合は、成立後に提出してください。）