

## 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	⑩				
	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 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 ~		健康保険・自費	
			通院 ~		その他( )	
	2.	〒	入院 ~		健康保険・自費	
			通院 ~		その他( )	
	3.	〒	入院 ~		健康保険・自費	
通院 ~			その他( )			
傷病手当金の請求		無・有		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで		

相手方 (加害者)	フリガナ		年齢		職種	
	氏名			才		
	住所			TEL ( )		
	勤務先	名称				
所在地			TEL ( )			
損害賠償	示談	平成 令和	年 月 日成立	・	平成 令和	年 月 日現在交渉中
	賠償金	受領済 ・ 一部受領済 ・ 受領していない				
	(示談の内容または交渉中のときはその経過および損害賠償受領状況)					
備考						

### 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。)