

第三者行為による傷病届（交通事故以外）

(被保険者名) 届出者	被保険者記号・番号 / 保険者名		記号	番号	保険者名 全日本理美容健康保険組合		
	届出者情報 ※被保険者の 情報を記入	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏 名			生年月日 年 月 日	
		住所 / 電話	〒			TEL	
		勤務先名 / 電話				TEL	
(受診者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日		届出者の 情報と同じ場合は チェック ☐		ふりがな 氏 名	届出者との関係	生年月日 年 月 日
	住所 / 電話				〒		TEL
※自分の過失割合が多く自分 が加害者となる場合でも相手 が加害者として加害者として 記入してください	(第三者) 加害者 保険会社(加害者)	氏 名		ふりがな 氏 名			
		住所 / 電話		〒		TEL	
		保険会社名 / 保険契約者名		保険会社名		ふりがな 氏 名	
		取扱店所在地 / 電話		〒		TEL	
		担当者名 / E-mail		ふりがな 氏 名		E-mail	
		保険契約者名		ふりがな 氏 名			
事件発生状況	事故発生日時		令和 年 月 日 午前 / 午後 時 分頃				
	事故発生場所						
	警察署への届出届		☐ 届出済 ☐ 未届				
	労災保険対象の確認		本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)				
被害者の負傷状況	日	☐ 出勤日 ☐ 休日(定休日・休暇を含む) ☐ その他 ()					
	時間帯	☐ 勤務時間中 ☐ 通勤途上 ☐ 出張中 ☐ 私用 ☐ その他 () (パート・アルバイト含む)					
	場所	☐ 会社内 ☐ 道路上 ☐ 自宅 ☐ その他 ()					
事件発生 (経緯)							
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間		① 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日	年 月 日	
					治療終了(見込)	年 月 日	
	住所 / 電話番号 ※治療終了日(見込)については 可能な範囲でご記入ください。		〒	TEL			
			② 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日	年 月 日	
					治療終了(見込)	年 月 日	
	〒		TEL				
			③ 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日	年 月 日	
				治療終了(見込)	年 月 日		
〒		TEL					
傷病届作成日 / 作成支援の有無			令和 年 月 日		本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック		☐

念書兼同意書

この届書に記載した第三者行為について、健康保険法による給付を受けた場合は、健康保険法第57条（代位取得規定）に基づき、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を全日本理美容健康保険組合が給付の価額の限度において取得並びに行使し、かつ賠償金を受領することに異議ありません。

なお、あわせて下記の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって保険者にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者（または保険会社）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、かつ遅滞なく保険者に届け出ること。
4. 上記のほか、全日本理美容健康保険組合が行う代位取得求償権の行使について協力します。

私の個人情報及びこの念書兼同意書の取り扱いにつき、次の事項に同意いたします。

1. 全日本理美容健康保険組合が損害賠償請求を行う際に、傷病に関する診療報酬明細書等の写しを、加害者（または保険会社）側へ提供すること。
2. 加害者（または保険会社）側の保有する損害賠償に関する情報について全日本理美容健康保険組合が提供を受けること。
3. この念書兼同意書をもって上記事件による求償業務に関する事項を健康保険組合へ情報提供する保険会社への同意を含むこと。
4. この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

全日本理美容健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

※未成年の場合は親権者等

住 所

被保険者氏名

印

誓約書

令和 年 月 日 場所 _____

において、私の不正行為により 被害者名 _____

の被った傷病について、健康保険法による保険給付(医療費・休業補償等)を受けた場合は、
加害者である私が責任をもって返還することを書面をもって誓約いたします。

全日本理美容健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日 _____

※未成年の場合は親権者等

郵便番号 _____

住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____

印 _____

※「誓約書」は加害者(相手方)へお渡してください。

加害者の方へ

あなたの行為で負傷した相手が、その治療を健康保険で行った場合、かかった医療費等のうち自己負担分の損害賠償請求権は相手方にありますが、保険者が負担した費用(医療費、傷病手当金、療養費等)の損害賠償請求権は保険者に移転し、後日、健康保険組合から、あなたあてに損害賠償請求が行われます(健康保険法第57条)。
今後、以下の点にご留意ください。

- ①示談金を支払いされても、これが相手方が有する損害賠償請求権のみへの弁済の場合は、保険者が有する損害賠償請求権は消滅しません。示談金を支払う場合は、その内容・内訳をできる限り明確にしてください。
- ②あなたが保険に加入していて、その保険会社が社会保険との交渉を一切代行してくれる場合は、あなたあてには、特に文書等は送付されませんので、予めご了承ください。