

## 第三者行為による負傷届について

### ◆この届出は…

被保険者又は被扶養者が交通事故以外の「第三者の行為」によって負傷し健康保険で治療等を受ける時、又は受けた時に届出するものです。

第三者の行為によって負傷した治療費等は本来加害者が負担すべきもので被保険者又は被扶養者が健康保険で治療等を受けた場合、もともと第三者が支払うべき治療費を健康保険組合が負担したことになります。このため被保険者又は被扶養者が第三者に対して有する損害賠償請求権を健康保険組合が代位取得し、健康保険組合が支払った治療費等を加害者に請求します。

### ◆提出書類（各シートを印刷して届出をお願いします）

イ 第三者の行為による傷病届（交通事故以外）

ロ 念書

ハ 第三者行為の加害者が不明な場合について

※加害者が不明の場合のみご記入をお願いします

### ◆注意事項

- この届出は自分を被害者（乙）、相手を加害者（甲）としてご記入下さい。たとえ、自分の過失割合が多く状況からして加害者となる場合でも相手を加害者として記入して下さい。
- 示談を行う場合は示談する前に当組合に治療終了日（症状固定含む）をご連絡下さい。勝手に加害者と示談することのない様をお願いします。

〒275-0024  
習志野市茜浜1-10-2  
千葉県トラック健康保険組合  
TEL：047-452-6661

第三者の行為による傷病届（交通事故以外）

被 保 険 者	健康保険証の記号・番号		-		職種	
	氏名	フリガナ				
	住所	〒 - TEL				
	勤務先	名称				
所在地		〒 - TEL				
負傷者が被扶養者の場合はその者の氏名			フリガナ	被保険者との続柄		
原 因 及 び 発 生 状 況	いつ	令和 年 月 日 ( )		午前 午後	時 分頃	
	何をしている時	工作中・通勤途中・その他 ( )				
	どこで(場所)					
	どんな状況で怪我をしたか(詳しく)					
治 療 状 況	医療機関名	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 ( )		
警察への届出		有	警察署 ・ 派出所へ届出			
		無	理由 :			
傷病手当金の請求		有	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで			
		無	理由 :			

相 手 方 （ 加 害 者 ）	氏名	フリガナ	年齢	歳	職種	
	住所	〒 - TEL				
	勤務先	名称				
所在地		〒 - TEL				
損 害 賠 償	示談	成立(令和 年 月 日) ・ 交渉中 していない(理由 )				
	賠償金	受領済 ・ 一部受領済 ・ 受領していない				
(示談の内容、又は、交渉中のときはその経過及び損害賠償受領状況を詳しく記入してください)						
(弁護士がいる場合やその他何かありましたら記入してください)						
備 考						

千葉県トラック健康保険組合理事長様

《添付書類》 1 念書  
2 示談書の写(同時に提出できない場合は、成立後に提出して下さい。)

千葉県トラック健康保険組合 TEL: 047(452)6661 担当 業務課

# 念 書

令和 年 月 日（場所： ）において、  
（相手方氏名： ）の不法行為により（被保険者氏名または被扶養者氏名： ）の被った保険事故について、健康保険法による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、貴組合が給付の価額の限度において取得行使し、且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立てます。

なお、加害者等（損害保険会社を含む）へ医療費等の請求をする際、病名・医療費の額等が明記されている診療報酬明細書等の写しを使用することに同意します。

また、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

- イ. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
  - ロ. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
  - ハ. 加害者から金品を受け取ったときは、受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、且つ遅延なく貴組合に申し出ること。
- ニ. 自賠責保険・任意保険共に被害者請求する場合は、前もって必ず貴組合にその内容を報告すること。

千葉県トラック健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日

住 所

被保険者氏名

第三者行為の加害者が不明な場合について

この度、令和 年 月 日に第三者行為による負傷につきまして、加害者不明の為、  
加害者の判明または、警察から連絡を受けた場合は至急連絡致します。

－ 記 －

事故内容及び加害者が不明な理由

---

---

---

---

上記内容にて令和 年 月 日現在も不明です。

令和 年 月 日

〒 ー

住 所

被保険者 氏 名

④

電話番号