第三者行為による傷病届（交通事故以外）

				提出年月日			
被保険者記入欄（該当の項目に〇をつけてください）	保険証の記号番号	―		被保険者氏名			
	被保険者連絡先	自宅			勤務先		
		携帯					
	事件･事故にあった人	氏名		生年月日		続柄	
	発生日時	午前・午後　　時　　分頃					
	発生場所	都･道･府･県					
	発生時の状況	①勤務中　②通勤途上　③私用外出中　④その他（　　）					
	警察への届出	有　・　無	所轄署	警察署	被害届受理番号		
	受診した医療機関	名称		連絡先			
		所在地	都･道･府･県				
	病院窓口での負担	①相手方(保険会社)負担　②本人負担　③その他（　　）					
	当方の任意保険	治療費を補償する保険を　①使用した・する（保険名称　　）②使用しない					
	事件・事故の相手	氏名	年齢	住所	連絡先		
	事件・事故の状況 ※具体的に詳細をご記入ください	（どこで、何をしているときに、どのように）					
		事件・事故時の飲酒の有無	有（酩酊・酒気帯び・軽度）・無				
	相手方の負傷状況	無　・　有　（傷病名:　　全治　　月・日）					
	相手方の勤務地 監督義務者・代理人等 ※該当する欄に記入して下さい。	勤務先		電話番号			
		住所					
		監督義務者 代理人氏名・住所	氏名		相手方との関係		
			住所				
	相手方の任意保険	保険契約者	氏名		電話番号		
			住所				
		保険会社	名称		担当者		
			住所		連絡先		
		証書番号					
	示談状況	① 済　② 未	※示談終了の場合はコピーを添付してください。				

【注意事項】

・**健康保険を使用する場合は（使用した場合は直ちに）、健保組合に連絡してください。<u>連絡がない場合は健康保険の使用を不許可とします。</u>**

・本紙とともに、念書・事故発生状況報告書・交通事故証明書を提出してください。

健保記入欄	制限条項	□第57条(第三者行為)　□第116条(故意)　□第117条(不行跡)				常任理事	事務長	担　当	担　当
	給付制限	付加金	医療費	傷病手当金	その他				
	求償請求	□請求権なし　□免除　□放棄　□不能　□その他（　　）							
	請求方法	□自賠責　□任意一括　□その他(　　)							

トーテックグループ健康保険組合

事故発生状況報告書（交通事故以外）

当事者	甲 （相手方）	氏名	
	乙 （当方）	氏名	
事故発生場所			
事故発生状況を図で描いてください	【事故発生状況略図】　（道路幅をｍで記入してください。） ■　甲 □　乙 ◇　甲・乙以外 ↑進行方向		
書を いてください			

上記のとおり報告します。　　報告者　乙との関係（　　）

令和　　年　　月　　日

住　所

氏名　　㊞

（必ず記名押印してください。）

トーテックグループ健康保険組合　御中

念　　書　（被保険者用）

年　　月　　日、（事故発生場所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿における

相手方(氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿との事故により、当方（受診者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を、健康保険法に基づき貴健康保険組合が取得行使しかつ賠償金を受領することに異議がないことを、ここに書面をもって誓約します。

① 相手方および当方が自動車損害賠償責任保険ならびに各種損害保険へ請求するときは、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。
② 相手方と示談を行おうとする場合は、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。
③ 相手方に白紙委任状を渡さない。
④ 自賠責保険に対して被害者請求をする際は貴健康保険組合に事前連絡をする。また相手方から金品を受領した際は、受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴健康保険組合に申し出る。
⑤ 貴健康保険組合が保険会社等から④の情報の提供を受けることに同意する。
⑥ 当方が加入している損害保険関係資料を貴健康保険組合が開示請求することに同意する。
⑦ 健康保険法に違反する事実が後日判明したときは、遅滞なく治療費の返還に応じる。
⑧ 個人情報の取扱について、貴健康保険組合が今回の事故について、業務遂行上必要な範囲で保険会社等から情報を受け、また情報を提供することについて同意する。
⑨ 治療完了の際は完了日を貴健康保険組合担当者に報告する。

令和　　年　　月　　日

被保険者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

被扶養者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

トーテックグループ健康保険組合　御中

念　　書　（相手方用）

年　　月　　日、（事故発生場所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿において

私（当事者甲氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿と貴健康保険組合被保険者・被扶養者（当事者乙氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿

との間に発生した保険事故による被保険者・被扶養者の損害について、健康保険法による給付が発生した場合、健康保険法に基づき貴健康保険組合より求償されたときには直ちにお支払いいたします。
なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

① 自動車損害賠償責任保険ならびに各種損害保険へ請求するときは、事前に貴健康保険組合へその旨を報告する。

② 貴健康保険組合被保険者・被扶養者と示談を行おうとする場合は、事前に貴健康保険組合その旨を報告する。

③ 私が加入している・取得できる損害保険関係資料を貴健康保険組合が開示請求することに同意する。

令和　　年　　月　　日

当事者甲

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

当事者甲が未成年の場合は親権者等

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞（当事者甲との関係):

保証人（当事者甲と生計を独立維持する人、保険会社も可）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞