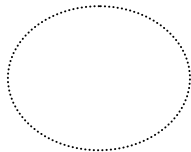


提出先 神鋼商事健康保険組合



受付印

常務理事	事務長	経理	担当

第三者行為負傷届

負傷者	被保険者証の 記号と番号	記号	氏名	印		
		番号	住所	TEL ()		
	勤務先の名称			所在地	TEL ()	
	負傷者が被扶養者 であるとき	氏名			続柄	
加害者	加害者	氏名			生年月日	年 月 日生
		住所	TEL ()			
	勤務先名称			使用者 (自動車保有者等)		
	勤務先の所在地	TEL ()		加害者との関係		
	加害者が不明のとき	その理由				
事故の内容	負傷したときにしていた仕事の内容・目的・行先など詳しく記入して下さい					
	傷病名			発生年月日	年 月 日 午前・午後 時 分頃	
	発生場所					
	事故結果	即死・入院直後の死亡・(死亡 年 月 日)・治療 入院中の死亡				
	警察への届出	届出済 ・ 届出なし ・ わからない				
	所轄署	警察署		派出所		
	事故証明書	もらっている ・ もらっていない ※事故証明書をもらっている場合はコピーを添付して下さい				
	事故発生状況 (詳細に記入下さい)					

加 害 者 の 保 険 加 入 状 況	自動車損害賠償責任 保険加入の有無		ある・ ない		保険契約期間		自 平 成 年 月 日 至 平 成 年 月 日		
	保険加入証書記号・番号		第 号		契約者氏名				
	契 約 保 険 会 社		名 称						
			所在地						
			担当者		TEL ()				
	任意保険加入の有無		ある・ ない		保険契約期間		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日		
	契 約 保 険 会 社		名 称						
			所在地						
			担当者		TEL ()				
示 談 状 況	示 談 が 成 立		交 渉 中				請 求 権 を 放 棄 し た		
	年 月 日		平成 年 月 日				平 成 年 月 日		
	※示談が成立した 場合はコピーを 添付して下さい。		示談成立していない理由				放 棄 し た 理 由		
損 害 賠 償 の 請 求	自動車事故のとき保険 会社から賠償金の受領は		した（請求者名 ）・しない・請求中						
	加害者に対する損害賠償 の請求		していない・した 年 月 日 治療費 休業補償 その他 口頭・ 文書						
治 療 状 況	この事故で医師の治療を受けましたか				うけた ・ うけない				
	治 療 を う け た と き	医 療 機 関	名 称						
			所在地		TEL ()				
		支 払 方 法		健康保険・加害者負担・自 費・その他 ()					
		治 療 開 始		平成 年 月 日 入 院 ・ 通 院					
		経 過		(平成 年 月 日現在) 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治 癒 ・ 中 止					
		入院治療期間		入 院 自 平成 年 月 日 ～ 至 平成 年 月 日 通 院 自 平成 年 月 日 ～ 至 平成 年 月 日					
		後 遺 症		あ る ・ ある見込 ・ な い ・ ない見込					
		治 療 見 込		平成 年 月 日から 約 月 ・ 日 ぐらい					

念 書

平成 年 月 日 (事故発生場所) において、

(加害者氏名) 不法行為により (被害者氏名)

の被った保険事故について、健康保険法による保険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条の規定により、貴組合が給付の価額の限度において取得、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申し立てます。

なお、損害保険会社へ医療費等の請求をする際、病名・医療費の額等が記載されている診療報酬明細書等の（写）を活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。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職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、かつ遅延なく貴職に届け出ること。

平成 年 月 日

神鋼商事健康保険組合理事長 様

住 所：

被保険者名：

印

誓 約 書

第三者行為による事故の為、貴組合被保険者(被害者)の被った事故に要する費用
(医療費その他の保険給付費等)は、過失の割合に応じて責任をもって返納することを
誓約します。

神鋼商事健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日

誓約者(加害者)氏名 _____ 印