供覧	常務理事	事務長	総務課長	業務課長	発議	庶務

第三者の行為による傷病届

被保険者　住所
　　氏名　　㊞

被保険者証の記号・番号		事業所	所在地		
			名称		
保険給付を受けた者（被害者）	住所			TEL	
	氏名 年令	才	負傷者が被扶養者である時は被保険者との続柄		
（加害者）	住所			TEL	
	氏名 年令	才	負傷者が被扶養者である時は被保険者との続柄		
事故（事件）の状況	発生年月日	年　月　日	午前 午後	時　分	
	発生場所				
	事故発生の具体的状況				
	警察署届出の有無	有・無			
何の用務中か（具体的に）	被保険者の用務は（被扶養者）				
	事故の相手方の用務は				
この届に添えて提出する書類	1．確認事項 2．念書 3．示談が成立している場合は、示談書の写し 4．被害者が損害賠償請求権を放棄または免除している場合は、その文書				

※この届書は、被保険者（被扶養者）が第三者の行為のよってケガ等をし、健康保険で受診した時に届出するものです。
（健康保険法施行規則第57条によって被保険者は届出の義務があります。）

受診の状況	傷病名						
	診療を受けた病院・診療所・または接骨師	名称		初診	年　月　日		
		所在地		受診期間	自　・　・ 至　・　・		
		名称		初診	年　月　日		
		所在地		受診期間	自　・　・ 至　・　・		
	受診方法 受診期間	健康保険 月日　月日 ／　～　／	自費 月日　月日 ／　～　／	第三者負担 月日　月日 ／　～　／	その他 月日　月日 ／　～　／		
	転帰	治ゆ　年　月　日、中止　年　月　日、入院中、通院中					

損害賠償の内容と支払い状況	相手方との示談内容	成立している	成立年月日　年　月　日					
		交渉中	（交渉経過）					
		成立していない	（未成立の理由）					
	損害賠償金の内訳	種別	金額	支払状況	受領方法		金額	受領年月日
		医療費	円		全額		円	・　・
		休業補償費	円		分割（　）回支払	第1回	円	・　・
		葬祭費	円			第2回	円	・　・
		慰謝料	円			第3回	円	・　・
		見舞金	円			第4回	円	・　・
		障害補償費	円			第5回	円	・　・
			円			第6回	円	・　・
		計	円			第7回	円	・　・

記入上の注意	1.「損害賠償の内容と支払状況」欄は、この届書提出時点までに治療費等（健康保険で診療を受けた費用も含む）の費用を相手方（加害者）と話し合った事項、経過及び受領内訳を記入してください。 2. **受診している病院等が変わった時、又は治療が終了した時は静岡県トラック運送健康保険組合へ連絡して下さい。**

確認事項

No.

確認事項	発　生　日	年　月　日　午前・午後　時　分ころ
	発　生　場　所	
	取り扱い警察署	
	（フリガナ） 相　手　側　氏　名	
	弁　護　士　氏　名	
	弁　護　士　連　絡　先	TEL　—　—

内は弁護士がいる場合に記入してください

静岡市葵区宮前町　24
静岡県トラック運送健康保険組合
℡　054－261－8891
担当　　石野

念　書

年　　月　　日　（場　所　　）において（相手方名　　）
の行為により（被保険者（被扶養者）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条の規定によって貴組合が給付の価格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のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1．相手方と示談を行な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．相手方に白紙委任状を渡さないこと。
3．相手方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、かつ遅滞なく貴職に申出ること。
4．受診している病院等が変わったとき又は治療が終了した時は、健康保険組合に電話等で連絡すること。

令和　　年　　月　　日

被保険者（被扶養者）

住　所

氏　名　　印

*保護者氏名　　印

＊被扶養者が未成年の場合は、保護者氏名、押印をお願いいたします。

静岡県トラック運送健康保険組合理事長　殿

念　書

年　　月　　日　（場　所　　）において，（被保険者（被扶養者）名　　）に傷害を負わした保険事故について、健康保険法による保険給付を事故相手が受けた場合は、事故相手が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格の限度において取得行使し、求償された時は遅滞なくその債務額をお支払することに異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、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報告し、かつ自賠責請求に関しては、貴健康保険組合負担分が優先的に受領することを承諾します。

令和　　年　　月　　日

損害賠償支払義務者

住　所

氏　名　　印

保護者氏名　　印

＊未成年の場合は、保護者氏名、押印を
お願いいたします。

静岡県トラック運送健康保険組合理事長　殿