

届出ルート:届出者(被保険者)→ミットヨ健康保険組合

第三者行為による傷病届

ミットヨ健康保険組合 御中

(被保険者) 届出者	被保険者等記号		被保険者等番号		申請日	
	(フリガナ)氏名	氏()名()			社員番号	
					生年月日	
	所属名称					
	住民票住所	〒 -				
電話	- -					
(受診者) 被害者	(フリガナ)氏名	氏()名()			生年月日	
	住民票住所	〒 -				
	電話	- -			届出者との続柄	
(第三者) 加害者	(フリガナ)氏名	氏()名()			生年月日	
	住所	〒 -				
	電話	- -				
発生事 状況	事案発生日時			午前 午後	時	分頃
	事案発生場所					
	労災対象確認	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。				

(自賠責保険) 加害者	保険会社名					
	保険契約者名					
	車両番号			車体番号		
	保険期間	自		至		
	証明書番号					
(任意保険) 加害者	保険会社名					
	担当部署					
	取扱店所在	〒 -				
	電話	- -				
	担当者名	E-Mail				
	保険契約者名					
	住所	〒 -				
	保険期間	自		至		
	保険証券番号					
	任意対人一括	有 / 無				
被害者加入の保険会社の関与 (本届出の作成支援等)	有	無	保険会社名			
			担当部署			
			担当者名	電話	-	-
本届出書を損保会社の支援を受けて作成した場合の作成日						

届出ルート:届出者(被保険者)→ミットヨ健康保険組合

第三者行為による傷病届(その3)

念書兼同意書

ミットヨ健康保険組合理事長 殿

年 月 日、事故発生場所()において、
相手方()殿の不法行為により受診者()の被った被害について健康保険法による
保険給付を受けた場合は、私が相手方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、
貴組合が保険給付費の価額の限度において取得行使しかつ損害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。

なお併せて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 保険者が損害賠償額の支払の請求を加入する損害保険会社等に行なう際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付すること。
2. 私が自動車損害賠償責任保険等損害保険会社に請求する場合は、事前に貴組合にその内容を申し出ること及び保険金等を受領したときは、保険者は受領金額及びその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること。
3. 保険者が医療機関に対して事故による診療等に関する内容の照会を行ない、医療機関等から情報提供を受けること。
4. 保険者が保険給付又は損害賠償の支払いの請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を共有し又受けること。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

1. 加害者(保険団体・共済団体等)と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
2. 加害者(保険団体・共済団体等)に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者(保険団体・共済団体等)から金品を受けた時は、受領日、内容、金額をもれなく速やかに申し出ること。
4. 治癒又は症状が固定(後遺症認定)した場合は、速やかにその内容を申し出ること。

以上

年 月 日

被保険者

住所

氏名

(印)

被保険者本人が署名捺印できないときは、その理由書を添付し、届出者が代理人として署名捺印のうえ提出してください。
この場合、署名欄の「被保険者」を「代理人」に朱字訂正してください。