ミツトヨ健保様式番号_J-1-1(1)_R0601

届出ルート：届出者(被保険者)→ミツトヨ健康保険組合

第三者行為による傷病届

ミツトヨ健康保険組合 御中

届出者（被保険者）	被保険者証記号		被保険者証番号		申請日	年　月　日
	(フリガナ) 氏名	氏（　　）	名（　　）		社員番号	
					生年月日	年　月　日
	所属名称					
	住民票住所	〒　－				
	電　話	－　－				
被害者（受診者）	(フリガナ) 氏名	氏（　　）	名（　　）		生年月日	年　月　日
	住民票住所	〒　－				
	電　話	－　－			届出者との続柄	
加害者（第三者）	(フリガナ) 氏名	氏（　　）	名（　　）		生年月日	年　月　日
	住所	〒　－				
	電　話	－　－				
事案発生状況	事案発生日時	年　月　日	○ 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。				

※以下は本事案が交通事故の場合に記入願います。

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　年　月　日 至　年　月　日		
	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　年　月　日 至　年　月　日		
	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		年　月　日		

ミツトヨ健保様式番号_ J-1-1(2)_R0601

届出ルート：届出者(被保険者)→ミットヨ健康保険組合

事故発生状況報告書

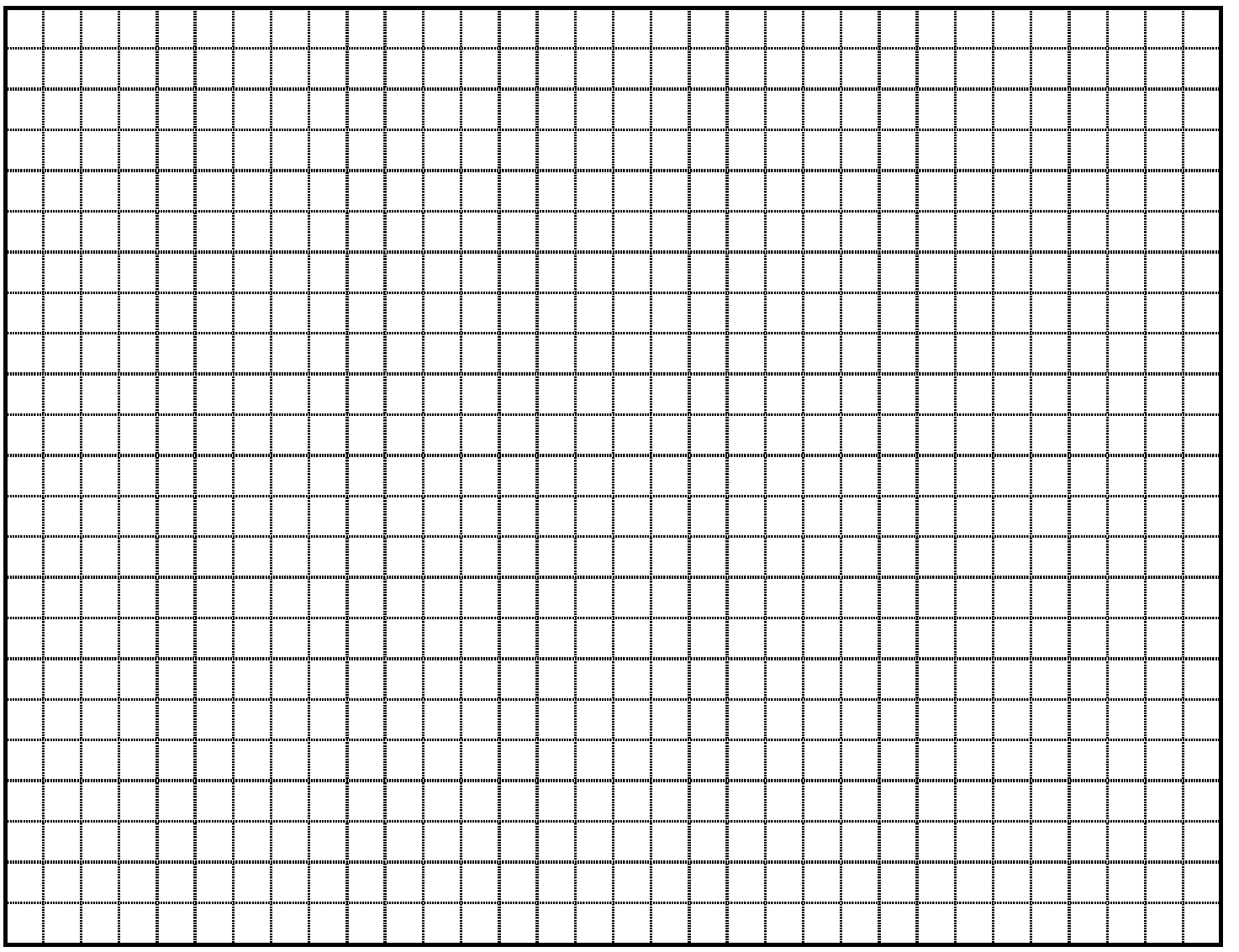
第三者行為による傷病届(その2)

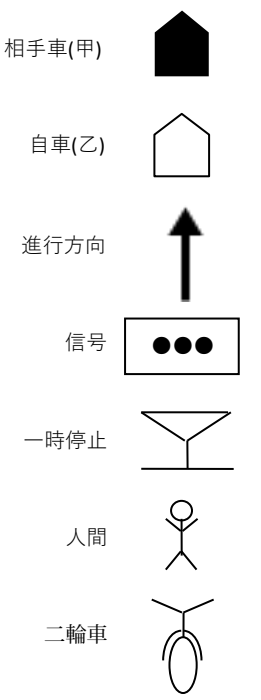
事故照会番号	署　第　　号			車両登録番号				
加害者(甲)								
被害者(乙)	○ 運転　○ 同乗　○ 歩行　○ その他（　　）							
天候	○ 晴　○ 曇　○ 雨　○ 雪　○ 霧							
交通状況	○ 混雑	○ 普通	○ 閑散	時間帯	○ 日中	○ 夕方	○ 夜間	○ 明方
道路状況	見通し	○ 良	○ 悪	道　幅	○ 狭　○ 広い	（ 歩道 ：	○ 有	○ 無 ）
信号･標識	信　号	○ 有	○ 無	一時停止	○ 有　○ 無	その他標識	○ 有	○ 無
速度	甲車両　　km/h　（制限速度　　km/h）				甲車両　　km/h　（制限速度　　km/h）			

（右の記号を使って乙の立場で記入してください。又車線数も正確に記入し，道路幅はｍで記入してください）

※交通事故以外の事案の場合でも可能な限り状況について記述願います

事故現場状況図





上記詳細						
被害者の負傷状況	事案発生日	○ 出勤日	○ 休日(定休日･休暇を含む)	○ その他（　　）		
	時間帯	○ 勤務時間中	○ 通勤途上	○ 出張中	○ 私用	○ その他（　　）
	場所	○ 会社内	○ 道路上	○ 自宅	○ その他（　　）	
	労災特別加入（被害者が代表取締役等の役員の場合のみ）				○ 加入有	○ 加入無

別紙交通事故証明書の補足として上記内容に間違いありません。

年　　月　　日

届出者　甲との関係　　）　乙との関係　　）　氏名　　印

ツトヨ健康保険組合

届出ルート：届出者(被保険者)→ミツトヨ健康保険組合

第三者行為による傷病届(その3)

同　意　書

ミツトヨ健康保険組合　殿

年　　月　　日 に加害者　　の不法行為により私が被った傷病に対して私が有する損害賠償請求権は、健康保険法第57条により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。つきましては、次の事項に同意します。

1. 保険者が損害賠償額の支払の請求を加入者の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係る診療報酬明細書等の写しを添付すること。
2. 私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、保険者は受領金額並びに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)と示談をおこな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)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)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. 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

以上

年　　月　　日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所

氏名　　（印）