

1

第三者の行為による傷病届（交通事故以外）

負傷者	保険証の 記号番号		記号	被保険者氏名	昭・平 年 月 日生（才）			
			番号	住所	〒			
	被保険者の 勤務先		名称					
			所在地	〒 TEL				
負傷者が家族 であるとき		被扶養者氏名	昭・平・令 年 月 日生（才）	続柄				
加害者 (相手方)	氏名 <small>(フリガナ)</small>		住所		〒 TEL			
	勤務先 名称		所在地		〒 TEL			
	相手が未成年者 であるとき 親権 者、後見人等		氏名	昭・平 年 月 日生（才）	加害者と の関係			
	加害者不明のとき		その理由					
負傷の 内容	傷病名							
	発生日時 年 月 日（曜日） 午前・午後 時 分頃							
	発生時の状況 勤務中・通勤途上・私用外出中・その他（ ）							
	発生場所							
	警察への届出		有・無	所轄署	警察署	被害届受理番号		
	線 で 記 入 ） く の た ど だ の の さ 動 か よ い を 加 う 。 図 書 に に 者 し て （ 動 記 と て き 入 被 負 を し 害 傷 赤 て 者 し							
過失の度合		こちらがなんぶ			相手がなんぶ			
		0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			
備考 この傷病が業務上・通勤途上災害のときは労働者災害補償保険の扱いとなり、健康保険での受診はできません。								

〔 受付日付印 〕

◎この届の添付書類◎ 診断書コピー（任意）

注意事項

自分の過失の度合いが高く加害者であっても、相手が加害者、あなた（又はあなたの被扶養者）が被害者という立場で記入してください。

治療の状況

治療状況 (治療順)	①	医療機関名称								
		所在地								
		入院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保	
		通院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保	
	②	医療機関名称								
		所在地								
		入院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保	
		通院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保	
	③	医療機関名称								
		所在地								
		入院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保	
		通院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保	
	④	医療機関名称								
		所在地								
		入院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保	
		通院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠償・健保	
後遺症			ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み							
現在の治療状況 (①～③のいずれかに○、記入をしてください)			①	現在も治療中 (年 月頃 治療終了予定)						
			②	年 月 日 受診終了						
			③	年 月 日 症状固定						

示談の状況

示談状況	示談が成立	交渉中	年 月 日 現在	請求権を放棄した
	年 月 日	成立していない		年 月 日
	放棄した理由			

同意書

3

私が加害者（ ）に対して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(関東ITソフトウェア健康保険組合)が保険給付の限度において取得することになります。

ついては、次の事項を遵守することを誓約します。

- ①加害者側と示談をおこなう場合は、必ず事前にその内容を申し出ること。
- ②加害者側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、受領日、内容、金額（評価額）をもれなく、すみやかに届出ること。
- ④治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

あわせて、私の個人情報について、保険者が定める個人情報保護に関する基本方針（プライバシーポリシー）等のほか、次のとおり取り扱うことに同意します。

- ①「第三者の行為による傷病届」に記載されている個人情報について、損害賠償請求を目的として保険者が利用するとともに、負傷者等に対し電話・郵便等により内容確認の連絡をすること。
- ②保険者が損害賠償請求を行うために、医療機関及び損害保険会社等から個人情報を取得すること。
- ③保険者が損害賠償請求を行うために、当該傷病に関する診療報酬明細書等の写しを加害者が契約する損害保険会社等に対し提供すること。
- ④保険者が加害者に対して直接損害賠償請求を行うために、当該傷病の治療のため受診した医療機関名及び損害賠償請求額の情報を加害者に電話・郵便等により提供すること。

※第三者の行為により保険給付を受ける際は、保険者へ届出ることが健康保険法施行規則第65条により被保険者に義務付けられております。なお、保険者が求める個人情報の全部または一部が不足している場合には、第三者への損害賠償請求手続が完了しない可能性があります。

個人情報の利用目的の通知、開示、訂正、利用停止等に関するお問い合わせについては下記担当宛にお願いいたします。

【お問い合わせ先】

関東ITソフトウェア健康保険組合 個人情報保護部門管理者 求償課長 TEL03-5925-5326

上記取扱につき誓約、同意します。

負傷者（未成年の場合は親権者等）

年 月 日 氏名 _____

負傷者との関係 本人・親権者・法定代理人等 _____



誓約書 【加害者記入】

年 月 日 (場所) _____ において

(相手) _____ 様の被った 傷病の治療費等 (休業補償を含む健康保険給付)

について、貴組合が立て替えた治療費等は、貴組合から請求を受けたときは過失割合に応じて支払うことを
連帯保証人とともに署名のうえ誓約します。

関東 I T ソフトウェア健康保険組合 理事長殿

年 月 日

加害者

住所 〒

電話

氏名 _____

連帯保証人

住所 〒

電話

氏名 _____

本件についてのご意見 ※加害者に記入いただけない場合はその理由をご記入ください。
