

第三者（他人）の行為による傷病届（交通事故以外）

被 保 険 者	被保険者証 記号番号	記号 番号	氏名		連絡先	-	-
	勤務先住所	〒			勤務先名称		
被 害 者	(受診者) 氏名		男 ・ 女	歳	住所	〒	
						TEL:	- -
加 害 者	(第三者) 氏名		男 ・ 女	歳	住所	〒	
						TEL:	- -
	勤務先住所	〒			勤務先名称	TEL: - -	
	加害者不明のとき	その理由					
事 故 発 生 状 況	事故発生	令和 年 月 日 () 時 分頃					
	発生場所						
	区 分	仕事中 ・ 通勤途中 ・ 私生活上 ・ 学校内 ・ その他 ()					
	事故の種別	殴打刺傷 ・ 咬傷 ・ 食中毒 ・ 一酸化炭素中毒 ・ その他 ()					
	警察への届出	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 届出) 届出先: 警察署・派出所 <input type="checkbox"/> 無 ()					
過失割合	本人の過失: 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			相手の過失: 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			
受 診 状 況	医療機関名				住所		
	治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (入院・通院) 治療中・終了					
	医療機関名				住所		
	治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (入院・通院) 治療中・終了					
	医療機関名				住所		
	治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (入院・通院) 治療中・終了					
	治療費はだれが支払っていますか	氏名			関係		
示 談 状 況	相手方と示談（話し合いによる解決）はしていますか。						
	1 書面で示談済み（示談書の写しを添付して下さい。） 2 口頭で示談済み（示談日: 令和 年 月 日）						
	3 交渉中 4 交渉していない（理由: ）						
	相手方から金銭等の授受はありましたか（あった場合のみ回答して下さい）						
	① 医療費	_____ 円（令和 年 月分）		② 医療費	_____ 円（令和 年 月分）		
③ 休業補償費	_____ 円（令和 年 月 ~（令和 年 月分）						
④ 慰謝料	_____ 円		⑤ その他	_____ 円（ ）			

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

被保険者住所:

被保険者氏名:

- 「この届に添えて提出する書類」
- ① 事故発生状況報告書
 - ② 同意書 ③ 誓約書
 - ④ 示談をしている場合は示談書の写し

同意書

年 月 日、「^(場所)」において、
「^(加害者の氏名)」の不法行為により「^(被害者の氏名)」の
被った傷病について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、同法第57条（代位
取得規定）に基づき、私が加害者に対して有する損害賠償請求権をU-NEXT GROUP健康
保険組合が給付の価格の限度において取得並びに行使し、かつ賠償金を受領すること
に異議ありません。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. U-NEXT HOLDINGS健康保険組合が関係機関に対して診療内容等の照会を行うこと、
また、相手方からの照会に対して回答することについて同意します。
2. 相手方と示談を行う場合は、必ず事前にその内容を申し出ること。
3. 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
4. 相手方から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、かつ遅滞なく
申し出ること。
5. 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

※本紙の写しも有効と認めます。

※関係機関とは、損害保険会社・医療機関等を指します。

年 月 日

(住所) 〒

(氏名)

U-NEXT HOLDINGS健康保険組合理事長 殿

誓 約 書

私は、貴組合の健康保険被保険者 _____ に
係る第三者行為による保険給付費について、貴組合に及ぼした損害額
を下記により賠償金として支払うことを誓約いたします。

記

貴組合が健康保険により保険給付した額について、請求のあった
ときは、指定納付期限までに全額納付いたします。

以 上

年 月 日

U-NEXT GROUP健康保険組合理事長 殿

納 入 者 住所
氏名

連帯保証人 住所
氏名