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　100 番号　12345	氏名	健保　太郎	連絡先	080 － 1234 － 5678
	勤務先住所	〒123-4567 ○○県△△市××111-22			勤務先名称	○○株式会社　○○支店
被害者	(受診者) 氏名	健保　花子	男・女	○○　歳	住所	〒987-6543 ○○県△△市××99-8 TEL:　090　－　9876　－　5432
加害者	(第三者) 氏名	加害　一郎	男・女	○○　歳	住所	〒999-9999 ○○県△△市××333-33 TEL:　080　－　2222　－　3333
	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　(　○　)　AM・PM　○○　時　○○　分頃
	発生場所	○○県△△市××の歩道
	区　分	仕事中　・　通勤途中　・　私生活上　・　学校内　・　その他　(　)
	事故の種別	自動車事故　・　バイク事故　・　自転車事故　・　暴行　・　その他　(　)
	警察への届出	☑ 有　(　R○○　年　○○月　○○日　届出)　届出先：　○○　警察署・派出所　☐ 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	△△クリニック	住所	○○県△△市××66-6
	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　健保　太郎	関　係	夫

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：　○○県△△市××111-22

被保険者氏名：　健保　太郎

「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

事故発生状況報告書

甲（相手方）	氏名	加害　一郎	乙（事故にあった方）	氏名	健保　花子

事故現場における加害者と被害者との状況を具体的に記載してください。

交通事故以外の第三者行為（飼い犬に咬まれた、スキー場で他人と接触事故、飲食店で食中毒など）の場合は、事故発生状況を下欄に具体的に記入してください。

歩道を歩いている時に、後ろから甲が運転する自転車が走行してきて、通り過ぎる際に接触し、乙が転倒しました。現在、△△クリニックで受診しています。治癒までには、しばらく時間を要する見込みです。

令和　〇〇　年　〇〇　月　〇〇　日

報告者
甲との関係（　　　）
乙との関係（　夫　）氏名：　健　保　太　郎　（印：健保）

同　意　書

（場所）

○○　年　○○　月　○○　日、「　××県××市××町の歩道　　　」において、

「（加害者の氏名）加害　一郎　　　」の不法行為により「（被害者の氏名）健保　花子　　」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）〒０００－００００

○○県○○市○○町１－１

（氏名）　健保　太郎

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　　　　健保　太郎　　　　　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

〇〇年　〇〇月　〇〇日

U-NEXT HOLDINGS健康保険組合理事長　殿

納　入　者　　住所　×××県××市××町１－１
氏名　加害　一郎

連帯保証人　　住所　××県××市□□町１－２
氏名　連帯　二郎