

第三者の行為による傷病届

被保険者証 の記号番号	〇〇 - 〇〇〇〇	負傷年月日 及び時間	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 午前 〇〇時〇〇分頃 午後
負傷の場所	〇〇市〇〇区〇〇町〇〇—〇〇		
負傷の詳細 (詳しく)	1. 出勤途中 2. 会社内 3. 休み時間内 4. 会社の用務 5. 休日 6. その他 〇〇〇〇〇〇〇〇		

被害者氏名	健保 太郎		被扶養者の場 合はその続柄	〇〇
加害者氏名 及び年齢	〇〇 〇〇 (〇〇 歳)	加害者 の住所	〒〇〇〇—〇〇〇〇 ☎〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇—〇〇	
加害者の 勤務先名称	〇〇〇株式会社	勤務先 の 所在地	〒〇〇〇—〇〇〇〇 ☎〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇—〇〇	
加害者に対して損害賠償請求の有無		(有) ・ 無		
自動車 事 故 の 場 合	相手の	保 険 会 社 名	契 約 者 名	証 券 番 号
	自賠責 保 険 任 意 保 険	〇〇火災保険株式会社	〇〇 〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇
医 療 機 関 の	名 称	〇〇病院	初診年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日
	所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇〇—〇〇	診療 健保	〇〇月〇〇日 ~ 〇〇月〇〇日
入院通院の別	入 院 ・ 通 院	期間 自費	月 日 ~ 月 日	
添 付 書 類	交通事故の場合 → 念書。交通事故証明書。事故発生状況報告書。			
	そのほかの場合 → 念書。			

上記のとおりお届けします。

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

所 属 〇〇〇株式会社 〇〇 部・店 営業所

NTPグループ健康保険組合 殿

被保険者
の 氏 名 健保 太郎 印

念 書

(場 所)

(加害者氏名)

年 月 日 () において ()
(被害者氏名)

の不法行為により () 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、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を、健康保険法 第 5 7 条の規定によって当健康保険組合が給付の価格の限度において取得行使し、かつ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立てます。又上記疾病に関して当組合より支給する健保給付金は、後日まとめて請求があった場合は、期限までに納付します。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談を行なう場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
2. 加害者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年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届出ること。

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

会社名 〇〇〇〇株式会社

所 属 〇〇〇部

氏 名 健保 太郎

印

N T P グループ健康保険組合 理事長 殿

誓 約 書

(加害者側)

N T P グループ健康保険組合の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為（交通事故）に基づくものですので、次の事項を遵守することを、書面をもって誓約いたします。

1. 保険給付額確定時に、過失割合により損害賠償金を貴殿に支払うこと。

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

誓 約 者	住所	〒〇〇〇－〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇－〇〇	
	氏名	〇〇 〇〇〇	印
	電話	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	

N T P グループ健康保険組合 殿

記

被保険者	被保険者証の記号番号		〇〇－〇〇〇〇〇〇〇			
	住所	〇〇市〇〇区〇〇町〇〇―〇〇				
	氏名	健保 太郎				
被害者が被扶養者の場合はその	氏名	健保 花子		続柄	妻	