

第三者の行為による傷病届

被保険者証 の記号番号	○○ - ○○○○	負傷年月日 及び時間	○○○○年○○月○○日 ○○時○○分頃 午前 午後
負傷の場所	○○市○○区○○町○○一○○		
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 ○○○○○○○○		

被害者氏名	健保 太郎			被扶養者の場合 はその続柄	○○
加害者氏名 及び年齢	○○ ○○ (○○ 歳)	加害者 の住所	〒○○○-○○○○ ☎○○○-○○○○-○○○○ ○○市○○区○○町○○一○○		
加害者 の勤務先名称	○○○株式会社	勤務先 の所在地	〒○○○-○○○○ ☎○○○-○○○○-○○○○ ○○市○○区○○町○○一○○		
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	○○火災保険株式会社	○○ ○○		○○○○○○○○
医療 機関の	任 意 保 険	○○火災保険株式会社	○○ ○○		○○○○○○○○
	名 称	○○病院	初診年月日	○○○○年○○月○○日	
所在地	○○市○○区○○町○○一○○	診療	健保	○○月○○日～○○月○○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。

○○○○年○○月○○日

部・店
所 属 ○○○株式会社 ○○ 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57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すること。

○○○○年○○月○○日

会社名 ○○○○株式会社

所 属 ○○○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)

NTP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いすること。

○○○○年○○月○○日

誓	住所	〒○○○○-○○○○ ○○市○○区○○町○○一○○
約	氏名	○○ ○○○ 印
者	電話	○○○ (○○○) ○○○○

NTP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		○○-○○○○○○○		
	住所	○○市○○区○○町○○一○○			
	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