

常務理事	事務長	課長	係長	扱者

### 第三者行為による傷病届（交通事故以外）

被保険者	被保険者記号・番号 / 事業所名	記号		番号		事業所名 (勤務先)	
	氏名 / 生年月日	ふりがな				生年月日	年 月 日
	住所 / 電話	住所	〒			電話番号	— —
被害者 (負傷者)	氏名 / 生年月日	ふりがな				生年月日	年 月 日
	住所 / 電話	住所	〒			電話番号	— —
加害者 (第三者)	氏名	ふりがな				氏名	
	住所 / 電話	住所	〒		電話番号	— —	
	加害者が未成年者の場合 その者の親権者・後見人等	ふりがな				加害者との関係	親権者・後見人・(その他)
		住所	〒		電話番号	— —	
負傷の内容	負傷日時	令和 年 月 日 午前 / 午後 時 分頃					
	発生場所						
	警察への届出	届出の有無	有・無	所轄	警察署	被害届受理番号	
	発生状況略図（加害者と被害者の行動を図に記入してください）						
						【説明】	
労災保険対象の確認 ※確認の上チェックを入れてください		本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 ※労災保険の給付対象となる負傷の場合、健康保険は使用できません。			<input type="checkbox"/>		
加害者加入保険等 (求償先)	加害者が人身傷害保険等に加入しており医療費の補償を受けられる場合は、その情報を下記にご記入ください。						
	保険会社名 / 取扱店所在地	保険会社名			取扱店所在地	〒	
	連絡先 / 担当部署 / 担当者名	連絡先	—	—	担当部署	担当者名	
保険契約者名 / 住所	ふりがな				住所	〒	

受 付 日 印

本書には下記の書類を添付してください。  
 <添付書類>  
 ・ 負傷原因届  
 ・ 示談書の写し（示談が成立している場合）

## 同意書

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、保険者である首都圏デジタル産業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。

つきましては、次の事項に同意します。

- 1 保険者が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付すること。
- 2 私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険の請求をし、保険金等を受領したときは、保険者は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること。
- 3 保険者が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。
- 4 保険者が保険給付又は損害賠償の支払の請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、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。

年 月 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住 所

氏 名



※署名又は記名押印

常務理事	事務長	課長	係長	扱者

### 第三者行為による傷病届（交通事故以外）

被保険者	被保険者記号・番号 / 事業所名	記号	9999	番号	9999	事業所名 (勤務先)	(株) 健保企画		
	氏名 / 生年月日	ふりがな	けんぼ たろう			生年月日	平成〇年 〇〇月 〇〇日		
	住所 / 電話	住所	〒 999-9999 横浜市西区北幸〇-〇-〇			電話番号	999 - 9999 - 9999		
被害者 (負傷者)	氏名 / 生年月日	ふりがな	けんぼ はなこ			生年月日	平成〇年 〇〇月 〇〇日		
	住所 / 電話	住所	〒 999-9999 横浜市西区北幸〇-〇-〇			電話番号	999 - 9999 - 9999		
加害者 (第三者)	氏名	ふりがな	あんぜん じろう			氏名	安全 次郎		
	住所 / 電話	住所	〒 999-9999 横浜市西区北幸〇-〇-〇		電話番号	999 - 9999 - 9999			
	加害者が未成年者の場合 その者の親権者・後見人等	氏名	ふりがな	あんぜん いちろう			加害者との関係	親権者・後見人 (その他)	
		住所	住所	〒 999-9999 横浜市西区北幸〇-〇-〇		電話番号	999 - 9999 - 9999		
負傷日時		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 午前 / (午後) 4 時 00 分頃							
発生場所		横浜駅構内							
警察への届出		届出の有無	有・無		所轄	横浜〇〇 警察署	被害届受理番号	〇〇〇〇	
発生状況略図 (加害者と被害者の行動を図に記入してください)									
負傷の内容						【説明】			
						JR〇〇線の駅ホームでエスカレーターに乗って降下中、後ろから走って下って来た加害者に衝突され下の階まで転落し、骨折した。			
労災保険対象の確認 ※確認の上チェックを入れてください		本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 ※労災保険の給付対象となる負傷の場合、健康保険は使用できません。					<input checked="" type="checkbox"/>		
加害者が人身傷害保険等に加入しており医療費の補償を受けられる場合は、その情報を下記にご記入ください。									
加害者加入保険等	保険会社名 / 取扱店所在地	保険会社名	〇〇損害保険			取扱店所在地	〒 999-9999 横浜市西区北幸〇-〇-〇		
	連絡先 / 担当部署 / 担当者名	連絡先	999 - 9999 - 9999			担当部署	〇〇人身傷害課	担当者名	〇〇
	保険契約者名 / 住所	ふりがな	あんぜん いちろう			住所	〒 999-9999 横浜市西区北幸〇-〇-〇		

受付日印

本書には下記の書類を添付してください  
 <添付書類>  
 ・ 負傷原因届  
 ・ 示談書の写し (示談が成立している場合)