

第三者行為による傷病届（他人の加害行為等）

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	6001 - 777		被 保 険 者 氏 名	東京 太郎		
被 保 険 者 事 業 所	名 称	オリンピック株式会社		TEL	03-9999-9999	
対 象 者 氏 名 (事故に遭われた方)	東京 花子		続 柄	妻	年 齢	48歳
事故状況について	事故発生日時	令和 3 年 5 月 6 日 ( 木 ) 午前・午後 9 時 分頃 業務時間中 ・ 通勤途上 ・ その他 ( 私有外出中 )				
	事故発生場所	東京 都道 中央 区 町 府・県 市・郡 村				
	事故の種別	喧嘩 ・ 不当な暴力や傷害行為 ・ 動物咬傷 ・ 施設等の設備不良や欠陥 食中毒 ・ その他 ( )				
	事故状況	(図示してください ※図示できない場合は、負傷原因のみを下記に記入してください)				
	負傷原因	(何をしている時・どのように・どうして) 親戚の家に行った際、親戚の犬を部屋から檻へ移そうとした際、 犬が嫌がり怒り出した。取り押さえようとした時に右手を噛まれ 出血した。念のため、病院へ行き、消毒等の傷の手当てをした。				
	警察の立会	あった ( 警察署 派出所 ) ・ ない				
過失の度合	自分	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	相手	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		

加害者について (相手の方)	名称又は氏名	神田 次郎		事業内容又は職業	無職			
	所在地又は住所	(〒 - ) 東京都千代田区 1-1		TEL 03-8888-8888				
	加害者の住所・氏名が不明な時	理由						
治療費の請求先について	負傷者が負担している治療費について話し合いをしていますか？ <input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ 「いいえ」の場合 理由：  「はい」の場合、治療費の請求先を下記へ記入してください							
	個人への請求の場合	氏名	神田 次郎		TEL	03-8888-8888		
		住所	(〒 - ) 東京都千代田区 1-1					
	損害賠償責任保険等への請求の場合	保険会社名称				保険種別		
		所在地	(〒 - )					
		保険契約期間	年 月 日 ~		年 月 日			
		契約者	氏名			TEL		
			住所					
		取扱窓口	名称				担当者	
	住所					TEL		
示談および補償等の請求について	示談状況	交渉中 ・ <input checked="" type="radio"/> 成立している (令和3年5月15日) ※示談明細書を添付						
	加害者に対する請求状況	<input type="radio"/> 請求していない <input checked="" type="radio"/> 請求した ( <input checked="" type="radio"/> 口頭 ・ <input type="radio"/> 文書 )		治療費	3,000	円		
	加害者から補償等を受けた時	治療費 (入院含む)	3,000		円	葬祭費	円	
		休業補償費	年 月 日 ~		年 月 日	円		
		慰謝料	円		見舞金	円		
		障害補償費	円		その他	円		
		合計	3,000					円
受領方法	全額	令和3年5月15日受領						
	分割	第1回	年 月 日受領		第3回	年 月 日受領		
		第2回	年 月 日受領		第4回	年 月 日受領		

治療状況について(その1)	診療を受けた医療機関名	中央病院	
	傷病名	右手咬傷	
	治療開始日	令和 3 年 5 月 6 日 ~ 3 年 5 月 7 日 入院 ・ 外来	
	支払方法	健康保険 ・ 自費 ・ 加害者負担 ・ その他 ( )	
	現在の治療状況	入院中 ・ 通院中 ・ 治癒 ・ 中止	
	後遺症	残った ・ 残る見込み ・ 残らない ・ わからない	
治療状況について(その2)	診療を受けた医療機関名		
	傷病名		
	治療開始日	令和 年 月 日 ~ 年 月 日 入院 ・ 外来	
	支払方法	健康保険 ・ 自費 ・ 加害者負担 ・ その他 ( )	
	現在の治療状況	入院中 ・ 通院中 ・ 治癒 ・ 中止	
	後遺症	残った ・ 残る見込み ・ 残らない ・ わからない	
治療状況について(その3)	診療を受けた医療機関名		
	傷病名		
	治療開始日	令和 年 月 日 ~ 年 月 日 入院 ・ 外来	
	支払方法	健康保険 ・ 自費 ・ 加害者負担 ・ その他 ( )	
	現在の治療状況	入院中 ・ 通院中 ・ 治癒 ・ 中止	
	後遺症	残った ・ 残る見込み ・ 残らない ・ わからない	
署名	<p>上記の通り、事実に基づき報告いたします。</p> <p>令和 3 年 5 月 15 日</p> <p>海空運健康保険組合 理事長 殿</p> <p>被保険者 住所 東京都中央区 1-1</p> <p>Tel. 03-9999-9999</p> <p>氏名 東京 太郎 東京</p>		(受付印)

(注) 診断書(写)を添付してください  
業務・通勤途中の負傷は労災保険が適用され、健康保険は使えません

令和 3 年 5 月 10 日

海空運健康保険組合 御中

## 誓 約 書

下記の事故により貴組合の被保険者または被扶養者の被った傷病の治療費を一旦、貴組合で立て替えて頂きたく、この書面をもってお願い致します。

なお、立て替えて頂いた治療費は、当事者間の過失割合により、当方の過失相応分について責任をもって全額支払うこととし、貴組合からの求償に応ずることを誓約致します。

また、次の事項も厳守致します。

1. 示談を行う場合は、必ず前もって貴組合に申し出る。
2. 相手方の治療状況（治癒・中断・症状固定等）をその都度、貴組合に報告する。
3. 貴組合からの問い合わせ、資料提出等の依頼には、誠意をもって応ずる。

### 記

事故発生日月日 : 令和 3 年 5 月 6 日 ( 木 )

事故発生場所 : 東京都千代田区 1-1

加害者の氏名 : 神田 次郎

被害者の氏名 : 東京 花子

以上

### [個人の場合]

住 所 東京都千代田区 1-1

TEL 03-8888-8888

誓約者  
氏 名

神田 次郎

神田

(当事者が未成年の時は親権者)

### [損害賠償責任保険等の場合]

住 所 〒

TEL

誓約者  
会社名称

印

担当者名

令和 3 年 5 月 15 日

海空運健康保険組合 御中

## 念 書

下記の事故により被保険者または被扶養者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 条第 1 項の規定によって、海空運健康保険組合が給付の価額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無いことをここに書面をもって申し立てます。

また、海空運健康保険組合が請求権を行使するために、診療報酬明細書等の写しを保険会社等へ提供することに同意します。

なお、次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行う場合は、必ず前もって海空運健康保険組合に申し出ること。
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時は、受領年月日・内容・金額（評価額）を漏れなく、かつ遅滞なく海空運健康保険組合に申し出ること。

## 記

事故発生年月日 : 令和 3 年 5 月 6 日 ( 木 )

事故発生場所 : 東京都千代田区 1-1

加害者の氏名 : 神田 次郎

被害者の氏名 : 東京 花子

以上

住 所 東京都中央区 1-1

TEL 03-9999-9999

被保険者  
氏 名

東京 太郎 (東京)