

三菱重工健康保険組合 理事長 殿

第三者の行為による傷病届（交通事故以外）

被保険者欄	被保険者 記号・番号	<記号> 〇〇〇	<番号> 〇〇〇〇〇	被保険者 氏名	三菱 太郎	連絡先 TEL	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	事業所名	〇〇〇〇〇株式会社		所属	〇〇部 〇〇課		

事故該当者	三菱 太郎	生年月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日生	続柄	本人
被保険者が入院中のときは代理に連絡を受ける者の 氏名、連絡先TEL		TEL			

相手方	氏名・年齢	健保 次郎 (〇〇 歳)	住所 連絡先TEL	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	勤務先名称	〇〇〇〇〇株式会社	所在地 連絡先TEL	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

相手方が 不明のとき	不明な理由：				
---------------	--------	--	--	--	--

事故の内容	発生日時	令和 4年4月1日10時30分頃	発生場所	〇〇県〇〇市〇〇町交差点		
	発生時の 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 私用外出中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	警察への 届出	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (無の場合その理由：)				
	事故発生の 責任	<input type="checkbox"/> 当方 <input checked="" type="checkbox"/> 相手方 <input type="checkbox"/> 双方 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	(事故発生当時の行動の詳細) 公園を散歩中に第三者が投げた野球ボールが顔面に直撃した。					

治療状況	医療機関 名称等 (※)	〇△〇病院 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	治療費の 支払状況	<input type="checkbox"/> 全額自己負担 <input type="checkbox"/> 保険証使用+自己負担 <input type="checkbox"/> 全額相手方負担 <input checked="" type="checkbox"/> 保険証使用+相手方負担 <input type="checkbox"/> その他()	
	治療 開始日	令和 4年4月1日	治療終了・ 終了見込	令和 4年6月30日 <input type="checkbox"/> 治療終了 <input checked="" type="checkbox"/> 治療終了見込	

※複数の医療機関を受診している場合は、その内容を本届出の余白等に記入願います。

組合記入欄	常務理事	事務長	担当	健保受付

- <注意> 1. 事故が発生したときは出来るだけ早くこの届を提出すること。
2. 単独で示談等に応じてはならないこと。

三菱重工健康保険組合 理事長 殿

誓 約 書

事故該当者

住 所 ○○県○○市○○町3-2-1

氏 名 三菱 太郎

電話番号 ○○○-○○○○-○○○○

令和4年 4月 1日 10時 30分頃 (場所) ○○県○○市○○町交差点

において発生した第三者行為にかかわる上記事故該当者 三菱 太郎 に関する診療ならびに療養に要する費用について、貴健保組合が事故該当者ならびに医療機関に立替払いを行われた費用の請求があったときは、指定納付期限までに私が責任をもって貴健保組合にお支払いすることを確約いたします。

また、事故該当者に対して誠意ある示談解決に努力することをお約束し、念のためここに署名し誓約書とします。

令和4年 4月30日

相 手 方

住 所 ○○県○○市○○町1-1-1

氏 名 健保 次郎

電話番号 ○○○-○○○○-○○○○

連帯保証人

住 所

氏 名

電話番号

念書

今般 健保 次郎 殿との間に発生した 令和4年 4月 1 の第三者行為について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、健康保険法第57条の規定に基づき私が相手方に対して有する損害賠償請求権を健康保険組合が給付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ないことを申し立て、次の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 治癒（治療完了）後は、必ず健康保険組合に連絡する。
2. 相手方と示談を行う場合は、必ず前もって健康保険組合にその内容を申し出る。
3. 相手方に白紙委任状を渡さない。

尚、上記の誓約事項を遵守せず健康保険組合に不測の損害を与えた場合は、その損害については健康保険組合のご請求に応じて異議なくお支払いします。

令和4年 4月30日

被保険者

住 所 〇〇県〇〇市〇〇町3-2-1

氏 名 三菱 太郎

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇