

第三者の行為による負傷疾病の届(交通事故以外用)

被 保 険 者	被保険者証 記号番号	2	3	1	2	-	1	0	0	0	勤務先 事業所名	〇〇病院	部署名	医事課					
	電話番号	045-111-1111																	
	氏名	健保 太郎										健保	男	生年月日	昭	平	〇〇年〇〇月〇〇日		
住所	〒231-0000 横浜市中区尾上町〇〇-〇〇										電話番号	090-000-0000							
(受 診 者)	氏名	健保 太郎										男	女	生年月日	昭	平	〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者 との続柄	本人
	住所	〒231-0000 横浜市中区尾上町〇〇-〇〇										電話番号	090-000-0000						
(第 三 者)	氏名	〇川 ×子										男	女	生年月日	昭	平	〇〇年〇〇月〇〇日	職業	会社員
	住所	〒231-0000 横浜市中区尾上町〇〇-〇〇										電話番号	090-000-0000						
	勤務先	〇〇化粧品										勤務先 所在地	〒000-0000 東京都目黒区自由ヶ丘〇〇 〇〇ビル						
	加害者が不明の ときはその理由																		
事故発生 日時	平成24年 4月 1日(日 曜日)										午前	午後	9時 10分頃		事故発生 場所	自宅の近所、住宅街の歩道			
過失の度合	被害者 (受診者)	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10								加害者 (第三者)	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10								
<p>交通事故以外の第三者行為(飼い犬に噛まれた・スキー場で他人と接触事故・飲食店で食中毒など)の場合は、 事故発生状況を下欄に具体的に記入してください。</p> <p>(事故発生状況)</p> <p><b>休日に自宅近所を散歩しているところ、加害者宅より犬が歩道に飛び出し、私の指に咬みついた。</b></p>																			

受付印



【第三者行為】

健康保険

負傷原因届

常務理事	事務局長	課長	主任	係

被保険者について	記号	2312	番号	1000	※被扶養者が負傷した場合には↓の太枠内もご記入下さい。			
	フリガナ氏名	健保 太郎			被扶養者フリガナ氏名			続柄
	生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日生			被扶養者生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
	住所	〒231-0000 横浜市中区尾上町〇〇-〇〇			電話	090 ( 000 ) 0000		

負傷による事実関係について	負傷した日時	平成 24 年 4 月 1 日 ( 日 曜日 ) <input checked="" type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 9 時 10 分					
	負傷した日は	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input checked="" type="checkbox"/> 休日 ( 定休日・休暇含む ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	負傷した時間帯	<input type="checkbox"/> 出勤途中 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩・食事中 <input type="checkbox"/> 社用外出中 <input type="checkbox"/> 退勤途中 ( <input type="checkbox"/> 自宅直行・ <input type="checkbox"/> 寄り道 [買物・食事等] ) <input checked="" type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	負傷した場所は	<input type="checkbox"/> 勤務地 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 自宅の近所、住宅街の歩道 )					
	負傷した時の状況を具体的に記載してください。	休日に自宅近所を散歩しているところ、加害者宅より犬が歩道に飛び出し、私の指に咬みついた。					
	負傷をした原因であてはまるもの	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> スポーツ中 ( <input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外 ) <input type="checkbox"/> 暴力 ( ケンカ等 ) <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 飼い犬に咬まれたことによる負傷 )					
	負傷者が被扶養者の場合、その職業は	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト等 <input type="checkbox"/> 児童・学生・生徒等 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ( )					

負傷傷病名	① 右第1指犬咬創	受診医療機関名 ( 〇〇病院 )
	②	診療期間：平成 24 年 4 月 1 日～平成 24 年 4 月 2 日
	③	受診医療機関名 ( )
	④	診療期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日

神奈川県医療従事者健康保険組合

※枠線の該当箇所の記載・□にチェック (レ) をしてください。

※負傷原因が第三者の行為によるものである場合、「第三者行為による負傷疾病の届」

「念書」「交通事故証明書」等が必要です。

受付印

上記のとおり、相違ありません

平成 24 年 4 月 10 日

届出者氏名 健保 太郎

健保

# 念書

平成24年 4月 1日に(相手方氏名) ○ 川 × 子 の行為により  
(受診者氏名) 健 保 太 郎 の被った保険事故について、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項の規定により神奈川県医療従事者健康保険組合が保険給付の価額の限度  
において取得行使し、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  
申し立てます。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

1. 加害者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. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者から金品を受けたときは、受領年月日・内容・金額（評価額）をまれなく、すみやかに届け出ること。

平成 24 年 4 月 10日

被保険者住所 **横浜市中区尾上町〇〇-〇〇**

被保険者氏名 **健保 太郎**



神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿

# 損害賠償金納付確約書

平成24年 4月 1日に（受診者氏名） **健保 太郎** に傷害を

負わせましたが、治療に際して神奈川県医療従事者健康保険組合が負担した診療費・

保険給付費等について、神奈川県医療従事者健康保険組合から請求を受けたときは、

私の過失割合の範囲において、すみやかに納付することを確約します。

平成 24 年 4 月 9 日

損害賠償支払義務者（未成年の場合は親権者）

住 所 **横浜市中区尾上町〇〇-〇〇**

氏 名 **〇 川 × 子**

連絡先  
（電話番号） **090-000-0000**



連帯保証人（加害者との続柄 **夫**） ・ 支払担当保険会社

住所（所在地） **横浜市中区尾上町〇〇-〇〇**

氏 名  
（名称・担当者名） **〇 川 × 夫**

連絡先  
（電話番号） **090-000-0000**



神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿