1. 第三者の行為による傷病届（交通事故以外）

この傷病が業務上・通勤途上災害のときは労働者災害補償保険の扱いとなり、健康保険は使用できません。

ご自身の過失割合が高い場合でも、相手が加害者、ご自身（又はご自身の被扶養者）が被害者という立場で記入してください。

被害者（受診者）	被保険者等の	記号		被保険者	氏名	
					生年月日	昭・平　年　月　日（　歳）
		番号		住所	〒 TEL（日中の連絡先）	
	被保険者勤務先	名称				
		所在地	〒 TEL			
	被扶養者が受けた事故であるとき	氏名			続柄	
		生年月日	昭・平・令　年　月　日（　歳）			
負傷の内容	傷病名					
	発生日時	年　月　日（　曜日）　午前・午後　時　分頃				
	発生時状況	勤務中 ・ 通勤途上 ・ 私用外出中 ・ その他（　）				
	発生場所					
	警察へ届出	有 ・ 無	所轄署	警察署		
	事故発生状況を図示しご説明ください	被害者と加害者の行動を赤点線をもって表示してください。 人間				
	過失の割合	ご自身の割合		相手の割合		
		0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		
示談状況		交渉中 ・ 交渉してない ・ 示談成立（　年　月　日成立） ※示談成立している場合は、示談書の写しを添付してください。				

この届出に添えて提出する書類	1.診断書の写し(すでに所持している場合) 2.示談書の写し（示談をしている場合） 3.戸籍謄本の写し及び死亡診断書の写し（死亡の場合）

受付印

2. 加害者情報

加害者（相手方）	（フリガナ） 氏　　名			住所	〒 TEL
	生年月日	昭・平　　年　　月　　日			
	勤務先	名　称			
		所在地	〒 TEL		
	相手が未成年であるとき親権者等	（フリガナ） 氏　　名		加害者との関係	
		住　　所	〒 TEL		
	加害者不明のときの理由				

加害者の保険	加害者の保険会社	名　称		保険種別	
		証書番号			
	保険契約期間	自　　年　　月　　日　・　至　　年　　月　　日			
	契約者	住　　所	〒 TEL		
		（フリガナ） 氏　　名			
	取扱窓口	所 在 地	〒 TEL		
		部 署 名		（フリガナ） 氏　　名	

※相手方が個人賠償責任保険等に未加入の場合は、保険会社名のところに未加入と記入してください。

誓　　約　　書　（加害者記入）

わたくしは、　　年　　月　　日　（場所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿において

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様の被った傷病の治療費等（休業補償を含む健康保険給付）について、

貴組合が立て替えた治療費等を、貴組合から請求を受けたときはわたくしの過失割合に応じて支払うことを署名捺印のうえ誓約します。

産業機械健康保険組合　殿

年　　月　　日

○加害当事者

住　所

氏　名　　㊞

○加害当事者が未成年の場合は連帯保証人(親権者等)

住　所

氏　名　　㊞

3. 治療の状況

年　　月　　日　現在

この事故で医師の治療を受けましたか	受けた　・　受けない

1・治療を受けた医療機関		
	医療機関名称	
	医療機関所在地	〒 TEL
	支払方法	健康保険 ・ 加害者の任意保険 ・ 加害者負担 ・ 自身の任意保険 ・ 自費 ・ その他（　　）
	治療開始	年　月　日　入院　通院
	治療状況	入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒(　年　月　日) ・症状固定(　年　月　日) ・ 中止
	治療期間	入院　年　月　日 ～　年　月　日 通院　年　月　日 ～　年　月　日
	後遺症	ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み
	治癒見込	年　月頃

2・治療を受けた医療機関		
	医療機関名称	
	医療機関所在地	〒 TEL
	支払方法	健康保険 ・ 加害者の任意保険 ・ 加害者負担 ・ 自身の任意保険 ・ 自費 ・ その他（　　）
	治療開始	年　月　日　入院　通院
	治療状況	入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒(　年　月　日) ・症状固定(　年　月　日) ・ 中止
	治療期間	入院　年　月　日 ～　年　月　日 通院　年　月　日 ～　年　月　日
	後遺症	ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み
	治癒見込	年　月頃

3・治療を受けた医療機関		
	医療機関名称	
	医療機関所在地	〒 TEL
	支払方法	健康保険 ・ 加害者の任意保険 ・ 加害者負担 ・ 自身の任意保険 ・ 自費 ・ その他（　　）
	治療開始	年　月　日　入院　通院
	治療状況	入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒(　年　月　日) ・症状固定(　年　月　日) ・ 中止
	治療期間	入院　年　月　日 ～　年　月　日 通院　年　月　日 ～　年　月　日
	後遺症	ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み
	治癒見込	年　月頃

4つ以上の医療機関に受診した場合は、この用紙をコピーしてお使いください。

4. 念書　兼　同意書

年　　月　　日において(加害者名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の不法行為により(被害者名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の被った事故について、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項の規定によって、健康保険組合が給付の価額の限度において取得行使し、かつ損害賠償金を受領すること、及び求償事務に必要な範囲で当該事案に関する私の個人情報を加害者、医療機関、損害保険会社等から取得し、かつ損害保険会社、医療機関、加害者および弁護士等の代理人に提供することについて同意し、異議のないことを、ここに書面をもって申し立てます。

なお、併せて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、必ず前もって貴職にその内容を申し出ます。
2. 加害者に白紙委任状を渡しません。
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け出ます。
4. 加害者及び加害者の任意保険に被害者請求する場合には、必ず前もって貴職にその内容を申し出ます。
5. 治療が完了した場合には、治療完了日を報告します。
6. 加害者から同一事由による治療費(10割分)・休業損害・葬祭費等を受けた場合には、その受けた価額の限度で、先に受けた治療費(7、8割健康保険組合の負担分)・高額療養費・傷病手当金・埋葬料(費)等の一部もしくは全額を返納します。

年　　月　　日

○被害当事者

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

○届出者(被保険者)

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

産業機械健康保険組合　殿