

第 三 者 の 行 為 に よ る 負 傷 届

被保険者証の 記号と番号	NO		被保険者の氏名	大建 太郎	
	123-4567				
事業所の名称	大建工業（株）		事業所の所在地	大阪市北区中之島 3－2－4	
負傷の年月日	令和〇〇年 XX 月△△日		診療を受けた病院又は診療所の所在地及び名称	〇〇病院	
負 傷 の 事 由 及 び 状 況					
(例) 令和〇〇年 XX 月△△日 PM〇時 XX 分ごろ、〇〇市 XX 町△△番地交差点にて、信号赤のため停車中に後ろから追突された。					
第三者の住所及び氏名	〇〇市 XX 町 1－2－3 〇〇 XX		第三者の任意保険加入の有無		有・無
			保険会社名	〇〇火災海上保険	
			住所、TEL 担当者	〇〇市 XX 町 1－2－3 1234-567-8901 〇〇氏	
負傷が被扶養者に関するときは、その者の氏名、生年月日及び被保険者との続柄	氏名	大建 花子	昭、平、令 〇〇年 XX 月△△日生		続柄 妻

健康保険法施行規則第 6 5 条の規定により届けます。

令和〇〇年 XX 月△△日

(〒123－4567)

大建工業健康保険組合理事長 殿 被保険者の 〇〇市 XX 町 1－2－3
住所、氏名、印 大建 太郎 印

注 1． 負傷後死亡したもの及び、即死の場合も本書を提出のこと。
2． 事故証明書及び診断書は必ず添付してください。

念 書

(場 所)

令和〇〇年 XX 月 △△ 日、 〇〇市 XX 町△△番地において

(加 害 者)

(被 害 者)

〇〇 XX の不法行為により 大建 花子 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 5 7 条の規定によって、大建工業健康保険組

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

のないことを、ここに書面をもって申立てます。

なお、あわせて、つぎの事項を遵守することを誓約します。

4. 加害者側と示談をおこなう場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し
出ること。
5. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
6. 加害者側から金品を受けたときは、受領月日、内容金額（評価額）をも
れなく、かつ遅滞なく貴職に届出ること。

令和 〇〇年 XX 月 △△ 日

住所 〇〇市 XX 町 1 - 2 - 3

氏名 大建 太郎

⑨

大建工業健康保険組合理事長 殿