

病気や怪我の原因が、外傷によるものである場合または第三者(本人以外の者)の行為による場合は、傷病原因届の提出が必要です。  
以下の各事項をご記入のうえ健康保険組合に提出して下さい。

JFE健康保険組合御中

交通事故以外の届		被保険者 被扶養者	傷病原因届		令和 年 月 日
社名	記号	番号	所属	被保険者名	
				(印)	
		(職場電話)		昭和・平成 年 月 日生	
被保険者住所	〒 (電話)				
怪我をした方が 被扶養者の場合	氏名 (続柄) 昭和・平成・令和 年 月 日生				
	住所(別居の場合)〒 (電話)				
傷病名					
発病または負傷 の年月日と時刻	平成・令和 年 月 日	午前 午後	時	分	←
治療を受けた 病院名	(電話)				
発 病 ・ 負 傷 原 因	どこで (ところ番地)				
	誰と誰が				
	何を していたら				
	どのようにして				
	どうなった				

負傷時刻を必ずご記入下さい

人身傷害保険加入の有無 について	怪我をした方は人身傷害保険の加入がありますか? ある ・ ない
負傷した方が学生の場合 記入して下さい	学校からの給付金はありますか?(学校保険の適用) ある ・ ない

事故の相手	住所	〒 (電話)			
	氏名	年令	才	性別	男・女
	勤務先 及び 所在地	〒 (電話)			
	加害者の住所氏名が不明 の場合その理由				
	●加害者が加入の保険				
	個人賠償責任保険	保険会社名			
		所在地	担当者:	TEL ( )	
		契約期間			
		(フリガナ)	( )		
		契約者			
証明書番号					
示談解決		した(示談書添付)	していない	交渉中	相手に誠意なし
(記載事項以外に連絡したい内容がある場合、任意にご記入ください)					

第三者(本人以外の者)の行為による負傷・傷病の場合は上(↑点線枠内)の欄もご記入下さい。

- 注意事項
- 虚偽の届出をした場合は、保険給付を受けられないことがありますからご注意ください。
  - 「治療または症状固定」と診断された時、示談交渉が開始となる時は必ずご連絡ください。
  - 健康保険組合が給付した治療費、傷病手当金等については、健康保険法第57条によって健保から第三者に請求をします。

# 念書 兼 同意書

事故発生日 平成・令和 年 月 日

事故発生場所

被害者名  
(JFE健保の加入者)

加害者名  
(事故の相手の方)

- 上記の事故に関して、健康保険法による保険給付を請求するにあたり以下の事項を遵守することを誓約します。
  - 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
  - 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 上記の事故に関して、私が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、かつ賠償金を受領することについて異議はありません。
- 上記の事故に関して私の個人情報及びこの念書兼同意書の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
  - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項(保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳(その見込みを含む)、診断書等)について保険会社等から提供を受けること。
  - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項(診療報酬明細書の写し等)について、保険会社等に対して提供すること。
  - この念書兼同意書をもって上記の事故による求償業務に関する事項を健康保険組合へ情報提供する保険会社等への同意を含むこと。
  - この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

令和 年 月 日

〒 -  
被保険者 住 所

氏 名 ⑩

電話番号

(加害者用)

# 誓約書

(事故発生場所)

私は、平成・令和 年 月 日 \_\_\_\_\_

(怪我をした JFE 健保の加入者)

において生じた第三者行為の事故・傷害により、被害者 \_\_\_\_\_ が  
負傷した怪我等の保険事故について、都合により J F E 健康保険組合の立替給付を賜  
りたくお願い申し上げます。

本件に関し、J F E 健康保険組合が給付されました医療費・傷病手当金・同付加給付  
金等につきましては、後日 J F E 健康保険組合からの請求を優先に、過失割合に基づ  
き速やかに支払い、J F E 健康保険組合にはご迷惑をおかけしないことを保証人連名  
の上ここに誓約いたします。

令和 年 月 日

加害者 (事故の相手の方)

〒 \_\_\_\_\_

住 所

氏 名

Ⓜ

電話番号

連帯保証人

〒 \_\_\_\_\_

住 所

氏 名

Ⓜ

電話番号

加害者との関係 ( \_\_\_\_\_ )

J F E 健康保険組合 理事長 殿

(□加害者に記入をお願いしましたが、記入いただけませんでした。)