

(第三ー)

受付 確認	常務理事	事務長	主任	係員	完了 確認	常務理事	事務長	主任	係員
事 故 日		年 月 日			求償額請求日		年 月 日		
調 査		年 月 日			求償額受領日		年 月 日		
受 付 日		年 月 日			完 了 日		年 月 日		
請 求 額		円			入 金 額		円		

第三者行為による傷病届

記 号			被保険者の 氏名と印		印	
番 号						
事 業 所 の 名称・所属	(Tel)					
被害(負傷)者	住 所					
	氏 名		被保険者との続柄			
事故発生年月日	年 月 日 午前・午後 時 分ごろ					
治療を受けてい る病院(医院・ 診療所)	所在地					
	名 称					
傷 病 名						
事故の相手 (運転者)	住 所				TEL	
	氏 名		年 齢		勤務先	
相 手 の 自 動 車 保 険 強 制 又 は 任 意	保険会社				TEL	
	証明書番号					
	保険期間	自. 年 月 日 至. 年 月 日 (間)				
	自動車の 種 別				登録番号	
					車体番号	
	自動車の 保有者	住 所				
氏 名			運転者との関係(続柄)			

- <添付書類>
- ①念書兼同意書(被保険者記入用)
 - ②損害賠償に対する念書兼誓約書(相手方)
 - ③交通事故証明書(コピー)
 - ③診断書(コピー)

2枚目にも記入箇所があります >>>

1枚目/2枚

(第三一)

事故日

被害者氏名

事故発生状況	
事故現場の略図	N 4 ↑
示談状況	

上記、相違ありません。

被保険者氏名

印

(第三一)

念 書 兼 同 意 書 (被保険者記入用)

(事故発生年月日) 年 月 日

(事故発生場所)

(負傷した者の氏名)

(事故相手の氏名)

1. 上記事故に関して、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。
 - (1) 事故相手と示談を行う場合は、必ず事前に健康保険組合にその内容を申し出ること。
 - (2) 事故相手に白紙委任状を渡さないこと。
 - (3) 事故相手側から金品を受けた時は、受領年月日、内容、金額(評価額)を漏れなく、かつ遅滞なく健康保険組合に連絡すること。
 - (4) 上記事故に関しての治療が終了した時は、遅滞なく健康保険組合に連絡すること。
2. 上記事故に関して、私が健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が事故相手に対して有する損害賠償請求権、及び保険会社等に対して有する被害者請求権を、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、かつ損害賠償金を受領することに同意します。
3. 上記事故に関して、私の個人情報、及びこの念書兼同意書の取り扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - (1) 健康保険組合が、私の健康保険法による保険給付の請求、決定及び給付(その見込みを含む)の状況等についての情報、また私の保険給付、及び上記事故による求償業務に関して必要な事項(保険給付額の算出基礎となる資料等)を、私が保険金請求権を有する人身傷害保険等取り扱い保険会社(共済)等に対して提供すること。
 - (2) 健康保険組合が、私の保険給付及び上記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・内訳や、診療の内容、担当医師の見解等)について、保険会社や医療機関等から提供を受けること。
 - (3) この念書兼同意書をもって、上記事故による求償業務に関して必要な事項を、健康保険組合へ情報提供する保険会社、医療機関等への同意を含むこと。
 - (4) この念書兼同意書を、健康保険組合が保険会社、医療機関等へ提示すること。

ジーエス・ユアサ健康保険組合 殿

年 月 日

住所 〒

負傷者が被扶養者の場合は

(被保険者) 氏名

㊞ (被扶養者) 氏名

㊞

(第三一)

誓 約 書 (相手方)

年 月 日 (場所)

において、私(誓約者氏名)_____の行為により(被害者氏名)_____
の被った傷病に関する治療費を、一旦貴組合で立て替えていただきたく、お願いいたします。

なお、立て替えていただいた治療費について、貴組合から請求があった場合は、指定納付期限までにすみやかに全額納付いたします。

また、合わせて以下の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 被害者と示談をする場合は、必ず前もって貴組合に申し出ること。
2. 貴組合からの問い合わせ・資料提出等の依頼に誠意をもって応ずること。

年 月 日

誓 約 者 住所
氏名
電話番号

㊞

連帯保証人 住所
氏名
電話番号

㊞

ジーエス・ユアサ健康保険組合 殿