

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

第三者行為による傷病届(交通事故以外)

記 号			被保険者 の氏名			
番 号						
事 業 所 の 名称・所属	(Tel)					
被害(負傷)者	住 所					
	氏 名		年 齢		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					
事故発生場所						
治療を受けている 病院(医院・ 診療所)	所在地					
	名 称					
傷 病 名						
加 害 者	住 所				TEL	
	氏 名		年 齢		勤務先	
事故発生状況 ※具体的に 詳しく ご記入下さい。						
警察への届出	済 (署) ・ 未届					
負傷時の 飲酒の有無	有 (酩酊・酒気帯び・軽度) ・ 無					
被害者の 医療費について 示談の状況 (交渉の経過など)						
署 名	上記の通り、虚偽無く届出いたします。 年 月 日 ジーエス・ユアサ健康保険組合理事長殿 被保険者氏名 ㊞					

(第三一)

損害賠償に対する念書 兼 誓約書 (相手方)

年 月 日 (場所)

において、私(誓約者氏名)_____との交通事故により、
(受傷者氏名)_____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は、当事者間の過失割合により、当方の過失相応分に対し、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。

ジーエス・ユアサ健康保険組合 御中

年 月 日

〒

誓約者 住所

氏名

印

電話番号

誓約書 (相手方 任意保険会社用)

_____殿の依頼により、当社は上記事故に関する貴組合からの求償について、任意一括扱いの委任を受けました。よって当該念書の署名は、当社が連帯保証人として署名いたします。

これにより貴組合の求償額が、自賠責保険の保険金枠内であっても、当社が責任を持って自賠責保険への手続きをも執り行いますことを誓約します。

つきましては、下記の住所にて当社に請求書をご送付ください。

ジーエス・ユアサ健康保険組合 御中

年 月 日

〒

連帯保証人 住所

保険会社名

印

担当者

印

電話番号

(第三一) 交通事故以外

損害賠償に対する念書 兼 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。

ジーエス・ユアサ健康保険組合 御中

年 月 日

〒

誓約者 住所

(加害者) 氏名

印

電話番号

誓約書 (相手方の任意保険会社用)

(誓約者氏名)_____殿の依頼により、当社は上記事故に関する貴組合からの求償についての委任を受けました。よって当該念書の署名は、当社が連帯保証人として署名いたします。

これにより貴組合から求償があった場合は、当社が責任を持って支払いますことを誓約します。

つきましては、下記の住所にて当社に請求書をご送付ください。

ジーエス・ユアサ健康保険組合 御中

年 月 日

〒

連帯保証人 住所

保険会社名

印

担当者

印

電話番号