常務理事	事務長	係

【交通事故以外】第三者の行為による傷病届（被保険者・被扶養者）

保険証　記号　―　番号 ―			被保険者氏名	
			生年月日	昭・平　　年　　月　　日
被保険者の住所		〒		TEL
被保険者が勤務している事業所	名　称			TEL
	所在地	〒		
第三者（相手方）	名　称			TEL
	所在地	〒		
第三者の氏名住所が不明な場合	その理由			
事故内容	傷病名			
	発生年月日	年　月　日（　）　午前・午後　時　分頃		
	事故発生場所	会社内 ・ 路上 ・ 駅構内 ・ 自宅 ・ その他（　）		
	発生時の状況	勤務中 ・ 勤務日の休憩中 ・ 通勤途中（通勤・退勤　寄り道あり・寄り道なし） 私用中 ・ その他（　）		
	種別	暴力（けんか）・スポーツ中・動物による負傷(飼い主あり・なし) ・ その他（　）		
	警察官の立会	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない		
	所轄署	警察署　　派出所		
	過失割合	自分がなんぶ	相手がなんぶ	
		0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	
治療を受けたとき	医療機関	名　称	TEL	
		所在地	〒	
		名　称	TEL	
		所在地	〒	
	支払方法	健康保険使用　あり ・ なし 窓口での支払　本人 ・ 相手 ・ 保険会社 ・ その他（　）		
	治療開始	年　月　日入院（　月　日まで）　通院		
	転帰	年　月　日現在 入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止		
	後遺症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込		
	治療見込	年　月　日から約　カ月（　日）くらい		
被扶養者が受けた事故であるときは、その者の				
氏名				
生年月日		昭・平　年　月　日 生	被保険者との続柄	

上記のとおりお届けします。

ワールド健康保険組合理事長　殿　　年　月　日

被保険者氏名　　印

<table>
<tr><td colspan="2">事故発生(被害)状況について、右欄に具体的に記入してください</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">示談</td><td>示談が成立していますか</td><td colspan="4">いる（成立年月日　　年　　月　　日）　　いない　　交渉中</td></tr>
<tr><td>成立していないときはその理由</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">加害者の個人賠償責任保険加入の有無※</td><td>有　　無</td><td colspan="3">保険会社名
担当者名　　TEL</td></tr>
<tr><td colspan="2">被害者の人身傷害保険社加入の有無※</td><td>有　　無</td><td colspan="3">保険会社名
担当者名　　TEL</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td>損害賠償請求権の放棄について</td><td colspan="4">放棄した　　放棄していない
放棄した理由</td></tr>
<tr><td rowspan="12">損害賠償の請求および支払状況</td><td>加害者からの賠償金の受領は</td><td colspan="4">した（請求者名　　）　　しない　　請求中</td></tr>
<tr><td>加害者に対する損害賠償の請求</td><td colspan="4">していない　　した（口頭・文書　　年　　月　　日）
（治療費・休業補償・その他　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="11">第三者（加害者）から損害賠償をうけたとき</td><td>損害賠償の種類</td><td colspan="4">加害者からの賠償　・　保険会社からの賠償</td></tr>
<tr><td rowspan="9">賠償金の内訳</td><td>種別</td><td>金額</td><td colspan="2">受領年月日</td></tr>
<tr><td>治療費（含入院費）</td><td>円</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">休業補償費</td><td>円</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>自平成　　年　　月　　日
至平成　　年　　月　　日</td><td colspan="2">円/1日
日分</td></tr>
<tr><td>葬祭費</td><td>円</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>慰謝料</td><td>円</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>見舞金</td><td>円</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>障害補償費</td><td>円</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>その他</td><td>円</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>合計</td><td>円</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">受領方法</td><td>第一回</td><td>円</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>第二回</td><td>円</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
</table>

ワールド健康保険組合　御中

同　意　書

私が加害者（　　）に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第 57 条第 1 項の規定により貴健康保険組合が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、貴健康保険組合が損害賠償額の支払請求を加害者の加入する損害保険会社・共済団体等(以下、「加害者等」という)に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

なお、私が加害者等へ請求を行い保険金や賠償金等を受領したときは、貴健康保険組合が受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、加害者等からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。また、本同意書の写しも有効であることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

1　加害者等と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
2　加害者等に白紙委任状を渡さないこと。
3　加害者等から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
4　治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

令和　　年　　月　　日

届出者（被保険者）
住所

氏名

ワールド健康保険組合　理事長　殿

損害賠償金納付確約書（兼 念書）

私は、下記事故により受診者（被害者）に負わせた傷害に係る医療費について、貴健康保険組合が健康保険法に基づく保険給付（立替払い）を行うことを承諾するとともに、次の通り誓約・確約いたします。

1. 事故の特定　・発生日時：令和　　年　　月　　日（　　時　　分頃）
・発生場所：
・受診者（被害者）氏名：
・事故の概要：

2. 確約事項

（1）本件事故に係る被害者の損害賠償請求権を、**健康保険法第 57 条第 1 項の規定に基づき**、貴健康保険組合が**保険給付の価額の限度において**代位取得することを承認します。

（2）貴健康保険組合から当該保険給付に係る損害賠償金（求償金）の請求を受けたときは、**自己の責任割合（過失割合）に応じた額**を、指定された期日までに速やかに納付することを確約いたします。

令和　　年　　月　　日

損害賠償支払義務者（未成年の場合は親権者）
住所

氏名　　印

Tel