

室長	主務	係員

受付印

〒1130 デンソー健康保険組合 御中

- 被保険者  
被扶養者

### 第三者の行為による傷病届

下記のとおりお届けします。

年 月 日提出

被保険者証		記号 ー 番号		被保険者氏名		印	
事業所	名称	所属内線TEL ー					
	所属	〒	部	室・工場	課	係	班
保険給付を受けた者	氏名		被扶養者の場合は続柄		自宅TEL ( )	ー	
	住所	〒					
事故発生日		令和	年	月	日	曜日	午前・午後 時 分ごろ
事故発生場所							
何の用務中か		休日、 休暇、 出勤前、 出勤途中、 会社内、 出張中、 休み時間中、 帰宅途中、 帰宅後					
事故発生の具体的状況		別紙のとおり		事故発生の責任		事故の・相手方・当方・わからない	
事故の種類		自動車・オートバイ・自転車・歩行中・殴・刺・傷・その他( )					
警察署届出の有無		有( ) 警察署 ・ 無(理由 )					
事に関する相手方	相手方	氏名	( ) 歳 TEL ( ) ー				
		住所					
	勤務先	名称	TEL ( ) ー				
		所在地					
診療を受けた医療機関	名称						
	所在地						
傷病名						初診年月日	令和 年 月 日
健保・自費別診療期間	健保	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
	自費	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
病院の窓口での自己負担		1. 被保険者	2. 相手方(保険会社)負担	3. 人身傷害保険負担	4. その他( )		
備考 (相手方が不明のときは、その理由を記入して下さい)							

※経路 被保険者 ↓ 健康保険組合

健保組合記入欄	請求又は制限	57条(第三者) 116条(故意) 117条(不行跡)	治療開始日(事故日)	治療終了日(治癒日)
	給付制限	A(附加金) B(A+医療費) C(A+B+傷手)	年 月 日	年 月 日
	請求しない	請求権なし、 免除、 放棄、 不能、 その他( )	入力日(データ印)	入力日(データ印)
	請求方法	自賠償、 任意一括、 その他( )		

## 《注意事項》

### 1. 手続きをするとき

- ①第三者の行為によって傷害を受けた場合でも健康保険の給付が受けられますが、この届けの提出が必要です。この場合、給付の範囲であなたが有する損害賠償請求権が健康保険組合に移ります。但し、通勤途上中及び業務上の事故は、健康保険は使えません。
- ②交通事故等でやむをえず非保険医療機関にかつぎこまれた場合やコルセットなどが必要で、立替え払いをして療養費を請求するときなどの場合は、それぞれの申請、又は、請求書にこの届を添付します。

### 2. 添付書類 … 交通事故の場合

- ①事故発生状況報告書      ②念書（被保険者用）      ③念書（相手方用）
- ③相手方の自動車（保険）関係事項      ⑤交通事故証明書（原本又は原本証明してある写し可）
- ⑥人身事故扱いになっていない場合は、人身扱い不能理由書（原本又は原本証明してある写し可）

### 3. 示談の前に相談を

示談によって、損害賠償を受けると、その範囲を超えて健康保険の給付を受けられなくなります。示談後も給付を受けられるかどうかは、示談の内容によって決まりますので、示談の前に必ず健康保険組合に相談して慎重に示談をして下さい。

### 4. 記名押印の取扱いについて

被保険者が氏名を本人自ら署名した場合は、押印は不要です。但し、本人の自署以外の場合は本人の押印が必要です。記入はボールペンで記入もれ・印もれのないようにして下さい。

※その他不明な点は、健康保険組合（1室）までお問い合わせ下さい。

内線) TEL 549 - 225                      外線) TEL (0566) 25 - 3122                      E-mail [kenpo\\_kyufu@jp.denso.com](mailto:kenpo_kyufu@jp.denso.com)  
FAX 549 - 921                              FAX (0566) 24 - 6301

\* ご記入いただいた個人情報は

- ① 健康保険組合からのご案内ならびに保険給付金等の支払に使用する場合があります。
- ② この届出によって各種保険給付金等の支払の参考に使用させて頂く場合があります。
- ③ 個人情報保護に関しては <https://www.denso-kenpo.or.jp/policy> をご覧下さい。