

受付印

〒1130 デンソー健康保険組合 御中

室長	主務	係員

☐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・印もれないようにして下さい。

5. 書類提出先

郵送の場合

〒448-8661 愛知県刈谷市昭和町一丁目 1 番地（社内〒1130）

健康保険組合 医療保険室給付 G

社内メール便の場合

〒1130 健康保険組合 医療保険室給付 G

6. 問い合わせ先

外線） TEL（0566） 25 － 9620 FAX（0566） 24 － 6301

内線） TEL 551-89142

E-mail kenpo_kyufu@jp.denso.com

＊ 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ことがあります。
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。

事故発生状況報告書

相手方の自賠責証明番号	第 号	当事者	甲（相手方）	氏名
相手方の車両番号			乙（被保険者等）	氏名
道路状況	舗装してある 舗装してない	歩道（両、片） 見通し	ある ない 良い 悪い	直線・カーブ 積雪路 凍結路
信号又は標識	信号 ない	ある 駐停車禁止	されている されていない	その他標識 ()
速度	甲車両 km/h（制限速度 km/h） 乙車両 km/h（制限速度 km/h）			
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗 昼間・夜間・明け方・夕方
事故現場における自動車と被害者との状況を図示して下さい	事故発生状況略図（道幅をmで記入） 自動車  相手方  進行方向  信号  一時停止  人間  自転車  オートバイ 			
上記図の説明を 書いて下さい				

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおりご報告します。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係（ ） 乙との関係（ ）

住所

氏名 印

* 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情報保護に関しては<https://www.denso-kenpo.or.jp/policy>をご覧ください。

*経路 被保険者 ↓ 健康保険組合

相手方の自動車（保険）関係事項

※該当する項目に○をつけ記入して下さい。（必ず保険証書を見て誤りのないようにご記入下さい。）

年 月 日提出

強制 保 険	契約者の氏名・連絡先 及び住所		氏名 TEL () - 〒 [][][]-[][][][][]		*経路 被保険者↓ 健康保険組合
	保有者と契約者との関係		☐ 本人 ☐ 譲受人 ☐ 借受人 ☐ その他 ()		
	相手方運転手と保有者との関係		☐ 本人 ☐ 従業員 ☐ 親族 () ☐ その他 ()		
	事故当事者間での過失 割合の協定の有無		1. 有 2. 無	『有』の場合は、その理由及び金額、分担割合を記入して下さい	
関 係	自動車 責任 損害 賠償	保 險 会 社 名	保険 (株) 支店		
		保 險 会 社 の 住 所 及 び 連 絡 先	〒 [][][]-[][][][][] TEL () -		
		証 明 書 番 号	第 号		
		期 間	自 令和 年 月 日～至 令和 年 月 日 カ月間		
任 意 保 険 関 係	加害自動車 任意 保険	1 . 有 2 . 無	保険 (株) 支店		
		保 險 会 社 の 住 所 及 び 連 絡 先	〒 [][][]-[][][][][] TEL () -		
		証 券 番 号	第 号		
		期 間	自令和 年 月 日～至令和 年 月 日 カ月間		
任 意 一 括 の 支 払 の 場 合		担当者名 TEL () -			

上記のとおりお届けします。

令和 年 月 日
デンソー健康保険組合理事長殿

被 保 険 者 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

*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わせて頂く場合があります。
- ③情報保護に関しては<https://www.denso-kenpo.or.jp/policy>をご覧ください。

(被保険者用)

念 書

(事故日)

(事故発生場所)

令和 年 月 日 _____ 地内において、

(相手方氏名)

(被保険者等氏名)

_____との交通 () 事故により _____

の被った傷病について、健康保険法による保険給付を受けましたので、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を、健康保険法57条の規定によって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、かつ賠償金を受領することに異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴健康保険組合にその内容を申し出ます。
2. 相手方に白紙委任状を渡しません。
3. 相手方(保険会社等含)から金品等を受けたとき若しくは受けようとするとき、私(保険会社等含)は、請求年月日、受領年月日、内容、金額(評価額)等をもれなく、かつ遅滞なく貴健康保険組合にお届けいたします。又、貴健康保険組合が保険会社等から上記の情報の提供を受けることに同意いたします。
4. 健康保険組合が、「相手方」「相手方の連帯債務者」「相手方が加入する損害保険会社(自賠責・任意を問わず。協同組合なども含む)やその代理店」に対して、当事故に関連する求償措置その他必要な行為を行うため、貴健康保険組合が所有している、当事故に直接的あるいは間接的に関係する「診療報酬明細書(レセプト)などの書類」を渡すことに異議を申し立てません。

令和 年 月 日

被保険者 住所 _____

氏名 _____ 印

デンソー健康保険組合理事長殿

* 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情報保護に関しては <https://www.denso-kenpo.or.jp/policy> をご覧下さい。

(相手方用)

念 書

(事故日)

(事故発生場所)

令和 年 月 日 _____ 地内において、私

(当事者甲)

(被保険者等氏名)

_____と健康保険被保険者・被扶養者_____

との間に発生した交通（ ）事故による被害者の損害について、健康保険法により保険給付を受けましたので、健康保険法57条の規程により求償されたときは直ちに
お支払いいたします。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 自動車損害賠償責任保険へ請求するときは、事前にその旨を報告します。
2. 健康保険被保険者等と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴健康保険組合に
その内容を申し出ます。

令和 年 月 日

住所
当事者甲 _____
氏名 _____ 印

住所
連帯債務者 _____
氏名 _____ 印

デンソー健康保険組合理事長殿

* 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。