

事業所担当印

① 2 3 4

健康保険 第三者の行為による傷病届(交通事故以外)

1)被保険者

被保険者の	記号	番号	氏名	生年月日
	—	—		昭和・平成・令和 年 月 日
	住所	電話番号		
	〒 —			
事業所名称	所在地			

2)被害者負傷状況

被害者氏名	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	続柄		
負傷日時	令和	年	月	日	曜日	午前・午後	時	分頃
負傷場所								
その場に居た理由								
事故の状況								
負傷名								
受診状況	①診療機関名	入院	治療開始日	令和	年	月	日	
	〒 —	無	治療終了(見込)	令和	年	月	日	
			電話番号					
診療機関名 入院の有無 治療期間 住所 電話番号	②診療機関名	入院	治療開始日	令和	年	月	日	
	〒 —	無	治療終了(見込)	令和	年	月	日	
			電話番号					
	③診療機関名	入院	治療開始日	令和	年	月	日	
	〒 —	無	治療終了(見込)	令和	年	月	日	
			電話番号					

3)第三者(加害者)について

加害者氏名	() 才	職業
住所	〒 —	電話番号
勤務先名		電話番号
上記のとおり届け出ます。		
令和	年	月 日
被保険者氏名		印

注意)過失割合に関係なく、被害者欄には被害に遭った被保険者または被扶養者名を記入してください

念書兼同意書

令和 年 月 日、事故発生場所()
において、相手方()殿の不正行為により受診者()の
被った被害について健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を
健康保険法第57条の規定によって、貴組合が保険給付費の価額の限度において取得行使し、かつ損害賠償金を
受領することに異議のない事をここに書面をもって申し立てます。

なお、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

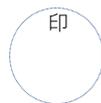
1. 加害者と示談を行う場合は、必ず事前に貴組合にその内容を申し出ること
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと
3. 加害者から金品を受領したときは、受領年月日・内容・金額(評価額)を漏れなく、かつ遅滞なく
貴組合に申し出ること
4. 治癒または症状が固定(後遺症認定)した場合は、速やかにその内容を申し出ること
5. 私が自動車損害賠償責任保険(共済)に請求する場合は、事前に貴組合にその内容を申し出ること
6. 私が加入している人身損害保険に、私(被扶養者)の損害について請求する場合は、事前に貴組合に
その内容を申し出ること

なお、この事故に関して、貴組合が損害賠償請求権の行使に必要な当該保険事故に関する
私(被扶養者)の情報を第三者(事故相手方・損害保険会社・医療機関等)に照会し、その
照会内容について情報提供を受けること、また、支払い請求書一式に当該給付に係る診療報酬
請求明細書の写しを添付することに同意します。

コスモエネルギーグループ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

住所
被保険者
氏名



※ 署名捺印において、シャチハタ印鑑は不可です。

※ 本人が署名捺印できない場合は、その理由書を添付し、届出者が代理人として署名捺印の上
提出してください。この場合、署名欄の被保険者を代理人に朱字訂正してください。

コスモエネルギーグループ健康保険組合 御中

誓約書

私は、貴組合被保険者である _____ を第三者行為傷病届の事由により負傷させました。
この事故に要する費用(医療費その他の保険給付費等)は、過失の割合に応じて責任をもって返納することを
誓約します。

令和 年 月 日

加害者氏名 _____

印

加害者に記入捺印をいただけない場合はその理由をご記入ください。

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____

印