

ジェイテクト健康保険組合理事長 殿

受付番号: _____

受付印 _____

本件で取得された個人情報については、貴健保組合の個人情報保護方針に基づき利用されることに同意の上、申請いたします。

常務理事	事務長	係員

第三者行為による健康保険使用申請書

- ① 通勤途上や業務上のケガ・病気(アルバイト・パート含)は、労災保険が適用されますので、健康保険は使用できません。
- ② 使用を認められた後に、事業所総務課またはHPにて「交通事故以外の第三者行為に関する書式」一式を入手のうえ提出下さい。
- ③ 発生する医療費のうち基本の7割分は健康保険組合が一時的に立替えし、後日加害者に対して請求いたします。
- ④ 加害者(相手方)と示談をされるときは、示談をする前に健康保険組合に連絡して下さい。

令和 年 月 日 提出

保険証の 記号・番号	—		被保険者 氏名	⑩
事業所	名称		部署	TEL (内線)
(ご自身の) 住所	〒 —			
電話番号	()			

下記被害者が第三者行為によってこうむった負傷については、原則は加害者に請求すべきですが、とりあえず健康保険を使用いたしたく申請します。
健康保険の使用にあたりましては、貴健康保険組合のご指示を守ります。

事故の日時	平成・令和 年 月 日 (曜日)
	午前・午後 時 分
事故の場所	
事故の種別	交通事故・暴力行為・食中毒・その他 ()

※ (被害者が被保険者のときは、氏名・年齢・続柄のみを記入)

被害者	住所	〒 —			
	(フリガナ) 氏名	年齢	歳	続柄	職業
	電話番号	()			

加害者 (相手方)	住所	〒 —			
	(フリガナ) 氏名		年齢	歳	職業
	生年月日	昭・平・令 年 月 日生			
	(フリガナ) 未成年の場合は保護者氏名				
	電話番号	()			

<和暦にてご記入ください>

診療を受けた病院について	(名称)		年 月 日から			現在治療中・ 転医・治癒 ・症状固定		
	(所在地)							
	(TEL)		年 月 日まで					
	(名称)		年 月 日から			現在治療中・ 転医・治癒 ・症状固定		
	(所在地)							
	(TEL)		年 月 日まで					
	(名称)		年 月 日から			現在治療中・ 転医・治癒 ・症状固定		
	(所在地)							
	(TEL)		年 月 日まで					
	診療費の 支払方法	相手の保険 会社が 10割負担	年 月 日から 年 月 日まで			加害者が 10割負担	年 月 日から 年 月 日まで	
全額を 自己負担 [10割支払]		年 月 日から 年 月 日まで			健康保険 を使用	年 月 日から 年 月 日まで		
治癒 見込	令和 年 月 頃まで <約 年 月 間>				後遺症は	残る・残らない・不明		
第三者(相手)の加入保険について	勤務先 名称	所在地		〒			職種	
	保険契約者	(住所)					加害者との 関係	
		(氏名)						
	第三者(相手) の 保険会社 *ご自身の保険会社 ではありません	個人賠償責任保険[任意加入] (有・未加入)						
		(会社名称)						
		(所在地) 〒						
		(担当者名)			(TEL)			
契約番号 又は 証券番号				契約 期間	昭・平 ・令	年 月 日から		
			平・令			年 月 日まで		
第三者が無能力者の 場合の監督義務者	氏名	(TEL)						
	住所							
	第三者との 続柄	職業 (詳しく)						
警察への届出	・ 届出済 (署)							
	・ 未届 (届けていない理由を下記に記入ください) _____ _____							
労災保険に該当しない 通勤途上の事故の場合	通勤途上の事故のときは通常の通勤経路、方法、事故当時の通勤経路、方法と事故現場をそれぞれ明示して下さい。							

<被保険者記入用>

この用紙を提出するときに、1部写しをとって保管して下さい。

ジェイテクト健康保険組合 殿

誓 約 書

下記の第三者の行為による事故について、次のとおり誓約します。

記

1. 事故の内容

- ① 発生日時 : 平成・令和 年 月 日 () AM・PM :
- ② 発生場所 : _____
- ③ 相手方 (加害者) : (住所) 〒 _____
(氏名) _____ (TEL) _____
- ④ 被害者 : (住所) 〒 _____
(氏名) _____ (TEL) _____
- ⑤ 被保険者と被害者との続柄 : _____

2. 誓約事項

- ① 私が健康保険法による保険給付を受けたときは、被害者が有する損害賠償請求権を健康保険法第57条の規定によってジェイテクト健康保険組合が給付金額の限度内において取得すること。
- ② 相手方(加害者)と示談を行うとするときは必ず前もってジェイテクト健康保険組合にその内容を申し出て指示に従う。
- ③ 相手方(加害者)に白紙委任状を渡さないこと。
- ④ 相手側(加害者側)から金品(10,000円相当以下と見られる見舞品は除く)を受けた時はすぐに、受領年月日、内容、金額(評価額)をジェイテクト健康保険組合に届出ること。
- ⑤ 上記①から④の誓約事項に違反したときは、ジェイテクト健康保険組合が支払った保険給付の金額を返還すること。
- ⑥ ジェイテクト健康保険組合が損害保険会社へ医療費等の請求をする際、病名・医療費の額等が明記されている診療報酬明細書等の写しを活用することに同意すること。また、本項についても上記⑤項を適用すること。

<被保険者>

令和 年 月 日

住所 : _____

氏名 : _____ (印)

<相手方(加害者) 記入用>

ジェイテクト健康保険組合 殿

承 諾 書

下記の事故について、次のとおり承諾します。

記

1. 事故の内容

- ① 発生日時 : 平成・令和 年 月 日 () AM・PM :
- ② 発生場所 : _____
- ③ 相手方 (加害者) : (住所) 〒 _____
(氏名) _____ (TEL) _____
- ④ 被害者 : (住所) 〒 _____
(氏名) _____ (TEL) _____

2. 承諾事項

- ① 被害者が傷害の治療のためにジェイテクト健康保険組合から保険給付を受けること。
② ジェイテクト健康保険組合が①の給付限度内で、被害者が私に対して有する賠償請求権を取得すること。
③ ジェイテクト健康保険組合が支払った保険給付について私に請求があったときは、私の責任範囲内において遅滞なく支払うこと。
ただし、相手方(加害者)が当事故に関して個人賠償責任保険等によって、その保険会社からジェイテクト健康保険組合に支払いがあれば、その金額は減額する。

以上

令和 年 月 日

<相手方>

住所 : _____
氏名 : _____ (印)

<相手方(加害者)の任意保険会社 記入用>

ジェイテクト健康保険組合 殿

念 書

第三者行為

・発生日時 平成・令和 年 月 日 () AM・PM :

・発生場所

・被害者

・相手方
(加害者)

この第三者行為により、ジェイテクト健康保険組合が 健康保険法第57条の規定により
取得した求償権の行使を承知し、任意保険の保険者たる当会社に請求したときは遅滞なく、
お支払いすることを約束します。

<保険会社>

令和 年 月 日

〒
ご住所:

貴社名:

お電話番号:

ご担当者名: 部署名 ご氏名

印