常務理事	事 務 長	部　長	課　長	係　長	係　員

第三者の行為による傷病届（交通事故以外の場合）

１．被保険者（あなた）関係			
被保険者等記号・番号	被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日
－			昭和・平成 年　　月　　日
住　　所	〒 ☎　　（　　）		
勤務先名称			
勤務先住所			
２．受診者が被扶養者（家族）のとき			
受診者氏名		続柄	生　年 月　日　昭和・平成・令和 年　　月　　日
３．第三者（相手方）関係			
相手方氏名			生　年 月　日　大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日
相手方住所	〒 ☎　　（　　）		
勤務先名称	☎　　（　　）		
勤務先住所			
４．第三者（相手方）が不明の場合はその理由			
５．事故の内容			
発 生 日 時	令和　　年　　月　　日（　　曜日）　午前・午後　　時　　分頃		
発 生 場 所			
事故の種類	殴打・刺傷・喧嘩・その他（　　）		
事 故 結 果	即死・入院後死亡（死亡年月日：令和　　年　　月　　日） 入院中・入院後退院・通院（外科、内科、歯科、接骨院、その他　　）		
警察へ届出	届出済み（　　署：事件番号　　） 未届け　（理由：　　）		
事故の責任（過失割合）	自分が悪い割合	相手が悪い割合	
	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	
外出用件は	あなた	相手方	
	勤務中・通勤途中・私用・その他	勤務中・通勤途中・私用・その他	

事故発生の状況（あなた、相手方の行動や事故発生の原因等を詳しく記入してください。）

６．治療を受けた医療機関名等				
①	名　称		入 院	年　月　日～　年　月　日 （自費・相手方負担・健康保険）
	所 在 地		通 院	年　月　日～　年　月　日 （自費・相手方負担・健康保険）
②	名　称		入 院	年　月　日～　年　月　日 （自費・相手方負担・健康保険）
	所 在 地		通 院	年　月　日～　年　月　日 （自費・相手方負担・健康保険）
治 療 経 過	令和　年　月　日現在　：　治癒　・　診療継続中　・　中止			

７．示談の経過（当てはまる事項に☑をしてください）		
☐ 示談成立 令和　年　月　日	☐ 交渉中 令和　年　月　日	☐ 請求権放棄 令和　年　月　日
交 渉 し て い な い 理 由		
請 求 権 を 放 棄 し た 理 由		

８．損害賠償の請求・受領の有無	
相手方に対する損害賠償の請求	請求し受領済み（令和　年　月　日　円）
	請求中・これから請求・請求しない（理由　）
当事者間での過失割合協定の有無	有（過失割合　あなた　％・相手方　％）・無

【添付書類】

１．同意書

２．損害賠償金納付確約書・・相手方に記入していただきます。

（相手方に記入いただけなかった場合には、余白にその理由を記入してください。）

３．その他・・事故内容により、別に添付書類が必要になる場合があります。

６．１２改

東京中央卸売市場健康保険組合　御中

同　意　書

私が相手方（　　）に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第 57 条の規定により、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、次の事項に同意します。

１．貴健康保険組合が損害賠償額の支払の請求を相手方の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付すること。

２．私が損害保険会社等へ請求をし、保険金等を受領したときは、貴健康保険組合は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、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること。

３．貴健康保険組合が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。

４．貴健康保険組合が保険給付又は損害賠償の支払の請求に必要と認める場合、私の代理人、相手方及びその代理人、官公庁、裁判所及び裁判外紛争解決機関、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

１．相手方（保険会社等）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．相手方（保険会社等）に白紙委任状を渡さないこと。

３．相手方（保険会社等）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

被保険者

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

☎　　（　　）

東京中央卸売市場健康保険組合　御中

損害賠償金納付確約書

私は、令和　　年　　月　　日に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様に傷害を負わせましたが、治療にあたって貴組合が負担する保険給付費（医療費・休業補償等）について、貴組合から返還請求を受けたときは、過失の割合に応じて、すみやかにお支払いすることを誓約します。

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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☎　　（　　）