

常務理事	事務長	課長	担当	受付日	受付番号

第三者行為による事故届

名古屋鉄道健康保険組合 御中

令和 年 月 日

被保険者 記号番号 —

会社名・所属

氏 名 印

所属長
認 印

被 保 険 者 (被扶養者)	住 所	電話 () —			
	氏 名			(被扶養者) 続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日生 (歳) 男・女
事 故 相 手 者	住 所	電話 () —			
	氏 名				
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日生 (歳) 男・女
事 故	日 時	令和 年 月 日 (午前・午後 時 分頃) (勤 務 中・通 勤 途 中・そ の 他)			
	場 所				
	届出警察署	電話 () —			
	担 当 官				
傷害名・程度	(全治 週・ 月) 入院・通院				
医療機関名	電話 () —				
保険証使用	令和 年 月 日から 使用 ・ 不使用				

【事故相手者の自動車保険】

自 賠 責	保険会社	
	証券番号	
任 意 保 険	保険会社	
	証券番号	
	連絡先	担当者名
	契約者名	

【添付書類】 1. 自動車安全運転センター発行の交通事故証明書 (本通)

2. 事故発生状況報告書

3. 念書 (被保険者が記入)

4. 誓約書 (事故相手者が記入)

事故発生状況報告書

事故発生状況略図

上記図の詳細な説明をご記入ください。(天候・見通し・道路幅・信号機の有無、色 等)

念 書

令和 年 月 日 (場所) _____ において

(事故相手者名) _____ の不法行為により

(被保険(扶養)者名) _____ の被った傷害について健康保険

法による保険給付を受けた場合は、私が加害者(事故相手者)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、名古屋鉄道健康保険組合が給付の額を限度に取得行使し、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。

また、名古屋鉄道健康保険組合が損害賠償請求権を行使するために、診療報酬明細書等の写しを保険会社等へ提供する事に同意します。

なお、あわせて次の事項を遵守する事を誓約します。

1. 加害者(事故相手者)と示談を行おうとする場合は、必ず前もって名古屋鉄道健康保険組合にその内容を申し出ること。
2. ケガの治療が終了(治癒または症状固定)したときには、すみやかに名古屋鉄道健康保険組合に申し出ること。
3. 加害者(事故相手者)に白紙の委任状を渡さないこと。
4. 加害者(事故相手者)から金品等を受けたときは、受領年月日・内容・金額(相当額)をもれなく、かつ遅滞なく名古屋鉄道健康保険組合に届け出ること。

令和 年 月 日

名古屋鉄道健康保険組合 常務理事 殿

住 所

氏 名 _____ 印

誓 約 書

住 所
当事者（甲） 氏 名 _____
(名鉄健保における第三者)

住 所
当事者（乙） 氏 名 _____
(名鉄健保の被保険者もしくはその被扶養者)

- ・ 事故発生日時 令和 年 月 日 () 時 分頃
- ・ 事故発生場所
- ・ 事故発生状況 _____

上記の事故によって、貴健康保険組合が当事者（乙）に対し、健康保険法で規定された保険給付（療養費、傷病手当金等）に基づき負担された費用について、貴健康保険組合にとって加害者となる私が責任額を支払うことを誓約します。

なお、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
名古屋鉄道健康保険組合 常務理事 殿

住 所
当事者 甲 氏 名 _____ 印