第三者行為による傷病届【交通事故以外（1枚目）】

本　人
家　族

健康保険第三者行為による傷病届

提出日付

令和　〇　年　〇　月　〇　日

西武健康保険組合理事長殿

本件は、業務上又は通勤による交通事故ではありません。
下記のとおりお届けいたします。

被保険者氏名　〇〇　〇〇

健保組合
常務理事
事務長
取扱者

西武健康保険組合の被保険者（被扶養者）

事故の当事者（被保険者または被扶養者）				
被保険者証の	記　号	000	番　号	000000
氏　名	〇〇　〇〇		年　齢	〇　歳
事故当事者が被扶養者のとき	氏　名	〇〇　〇〇		
	続　柄	〇〇	年　齢	〇〇　歳
住所(自宅)	〇〇県〇〇市〇〇町0-00　TEL　000(000)0000			
住所(会社)	〇〇府〇〇市〇〇町00-00　TEL　00(0000)0000			
会社名	株式会社〇〇〇〇〇	所　属	〇〇部〇〇〇課	

相手側を記入

相手方				
氏　名	〇〇　〇〇	生年月日	大正 昭和 平成　〇年　〇月　〇日	
住所(自宅)	〇〇県〇〇市〇〇町0-00　TEL　000(000)0000			
勤務先の	名称	〇〇株式会社	所　属	〇〇部〇〇課
	住所	〇〇県〇〇市〇〇町000　TEL　000(000)0000		
住所・氏名が不明の場合の理由				

事故内容		事業所	所　属
傷病名	〇〇〇〇、〇〇〇〇〇〇		
発生年月日	令和　〇　年　〇　月　〇　日　午前・午後　〇　時　〇　分		
発生場所	〇〇県〇市〇〇町〇〇番地先路上		
種別	交通事故(自動車・バイク・自転車)・殴打・刺傷・その他(犬による咬傷)		
事故結果	即死・入院中・直後の死亡(令和　年　月　日死亡)・治療中・療養中	印	印
警察官立会い	あった・ない・ないが届出済・わからない		
所轄署	警察署　派出所		
発生の責任	相手方・当方・両方	印	印

（注１）交通事故証明書及び診断書の（写）を添付してください。
本書の提出が必要なときは連絡します。
（注２）交通事故証明書は、「人身事故」扱いとしてください。「物損事故」
（注３）業務上または、通勤途上の交通事故は、受理できません。

K12202105
健保受付年月日

本社の担当者と責任者が押印してください

所属の担当者と責任者が押印してください

※自動車事故で『事故発生状況報告書』をこの届に添えて提出するときは、このページの記入は必要ありません。

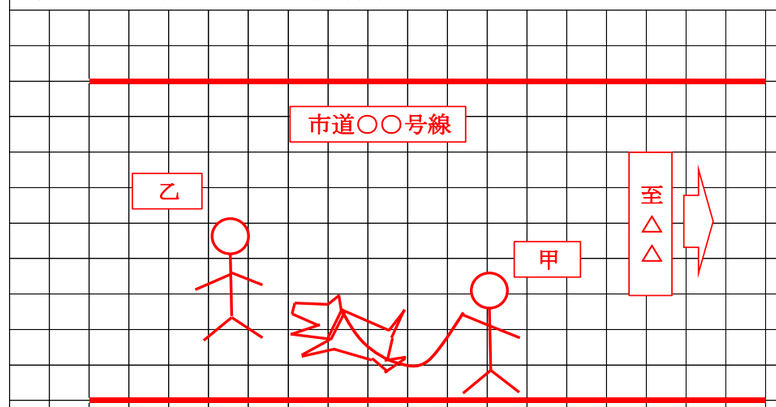
事故発生の状況

事故について加害者の行動および被害者の行動を、わかりやすく詳しく記入してください。
【いつ・どこへ・なにで（交通手段）・なんのため（目的）・どうしたとき（原因）・どうなった】

令和〇年〇月〇日午後〇時〇分ごろ、当方（乙）は、市道〇〇号線を△△方面に向かって散歩中、〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地先路上にて対向して歩行してきた〇〇　〇〇（甲）の飼い犬に突然咬みつかれ別記の負傷をしました。

事故現場の見取図

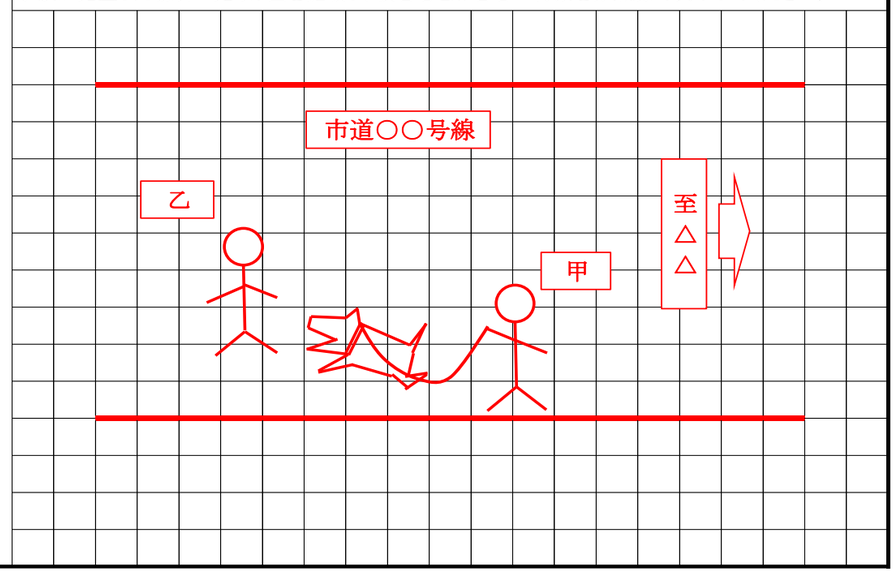
事故が発生した場所の見取り図を記載し、被害者と加害者の行動を赤点線で表示してください。



第三者行為による傷病届【交通事故以外（2枚目）】

※自動車事故で『事故発生状況報告書』をこの届に添えて提出するときは、このページの記入は必要ありません。

事故発生の状況	事故について加害者の行動および被害者の行動を、わかりやすく詳しく記入してください。
	【いつ・どこへ・なにで（交通手段）・なんのため（目的）・どうしたとき（原因）・どうなった】
	令和〇年〇月〇日午後〇時〇分ごろ、当方（乙）は、市道〇〇号線を△△方面
	に向かって散歩中、〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地先路上にて対向して歩行
	してきた〇〇　〇〇（甲）の飼い犬に突然咬みつかれ別記の負傷をしました。
事故現場の見取図	事故が発生した場所の見取り図を記載し、被害者と加害者の行動を赤点線で表示してください。



同　意　書

私が加害者（　〇〇　〇〇　）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、貴健康保険組合が損害賠償額の支払の請求を加害者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の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社に自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、貴健康保険組合が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、損害保険会社からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

1　加害者（保険会社）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　加害者（保険会社）に白紙委任状を渡さないこと。

3　加害者（保険会社）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　〇〇　年　〇〇　月　〇〇　日

西武健康保険組合理事長殿

被保険者の　住　所　〇〇県〇〇市〇〇町0-00-0

氏　名　〇〇　〇〇　　印