処 理 伺　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事 務 長 | 主　　査 | 担 当 者 | 備考 |
|  |  |  |  |

被保険者

被扶養者

**第三者行為傷病届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （様式給 第三号）　　 | 被害者・加害者関係 | 事故を受けた者の氏名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 被保険者との続柄 |  |
| 加　　害　　者 | 氏　　　　　　名 |  | 住　所 |  | 電話 |
| 勤　　務　　先 |  | 住　所 |  | 電話 |
| 自動車による災害のときはその保有者の住所氏名 |  |
| 自賠責保険会社管轄店名及び所在地 |  | 電話 |  | 担当者名 |  |
| 任意保険会社管轄店名及び所在地 |  | 電話 |  | 担当者名 |  |
| 加害自動車番号 |  | 加害自動車責保証明書番号 |  | 加害自動車任保証明書番号 |  |
| 事故関係 | 傷病名 |  | 発生年月日 | 年　月　日　時　分頃 |
| 発生の場所 |  |
| 所轄署 |  | 警察署 |  | 派出所 |  |
| 災害発生状況 |  |

上記のとおり申請いたします。

年　　　月　　　日

東京電力健康保険組合理事長 殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 基幹事業会社 | HD　・　PG　・　RP　・　EP＊該当の基幹事業会社に〇をつけてください |
| 被保険者 | 所属事業所名 |  |
| 社 員 番 号 |  |
| 現　住　所 |  |
|  | 内線 | （　　　　　－　　　　　） |
| 氏　　名 |  |

（注）・傷病が治ゆした場合は健康保険組合へ連絡をお願いします。

・添付書類　事故発生状況報告書、事故証明書など。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 治　　療　　状　　況 | この事故で医師の治療をうけましたか | うけた ・ うけない | 健康保険証を使用しましたか | 使用した ・ 使用しない |
| 健康保険証で治療をうけたとき | 医療機関 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 窓口負担額の支払方法 | 加害者側負担 ・ 被害者が負担したまま ・ その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 治療開始 |  　年　　　月　　　日 | 入院 ・ 通院 |
| 転　　　帰 | 　　　　　年　　　月　　　日現在 | 入院中 ・ 通院加療中 ・ 治ゆ ・ 中止 |
| 後　遺　症 | ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込 |
| 治療見込 |  　年　　　月　　　日から　約 | 日月 | ぐらい |

**覚　　　　　　書**

（場　所）　　　　　　　　（加害者氏名）

　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　において　　　　　　　の不法行為により

（被害者氏名）

のうけた災害について，健康保険給付を受けた場合は，私が加害者に対して

もっている損害賠償請求権を同法第57条の規程によって組合が給付の価格の限度において行使し，かつ賠償金を受領することに異議のないことを書面をもって申し添えます。

　なお，あわせて次の事項を留意いたします。

１．加害者と示談を行おうとする場合は，必ず前もって組合にその内容について連絡いたします。

２．加害者に白紙委任状を渡しません。

３．加害者から金品を受領した場合は，その内容について連絡いたします。

４．本件事故に関し、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ことに同意いたします。