

本人記入欄  
(保険会社記入可)

常務理事	事務長		担当者

P. 1


## 第三者の行為による傷病届 (交通事故以外・暴行傷害等)

業務上または通勤途上によるケガなどは、保険証は使用できません。  
会社に連絡し、労災保険の手続きを行ってください。

令和 年 月 日

被 保 険 者	保険証 記号と番号	記号				番号				所属部署			
	被保険者 氏名	(フリガナ)				生年月日				日中連絡の取れる電話番号			
	被保険者の 現住所	郵便番号											
受診者(負傷者等) が被扶養者の場合	受診者 氏名	(フリガナ)				生年月日				被保険者 との続柄			

相 手 方	相手方 氏名	(フリガナ)				生年月日				日中連絡の取れる電話番号			
	相手方 住所	郵便番号											
	相手方が不明の場合、その理由												

事 故 内 容	発生年月日	令和 年 月 日 ( 曜日 ) 午前・午後 時 分頃																																																																																																											
	発生の場所																																																																																																												
	傷病名																																																																																																												
	警察官への届出	有 ・ 無	所轄署	警察署	被害届 受理番号																																																																																																								
	事故の状況図	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																																																																											人間 
どんな事をしているときに																																																																																																													
どうして																																																																																																													
どんなふうになって																																																																																																													
体のどこの箇所を																																																																																																													
どのように負傷したか																																																																																																													

### 相手方の損害賠償保険加入状況

任 意 保 険	保険会社					担当者名				
	取扱店住所/ 電話番号	郵便番号								
TEL (      -      -      )										

\* 該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

本人記入欄  
(保険会社記入可)

## 治療の状況

この事故で治療を受けましたか 該当に○をつけてください		うけた ・ うけない		
治療を受けた場合、以下の必要事項に記入し、該当箇所○をつけてください				
医療 機 関	①	名称	所在地 (都道府県)	都・道 府・県
		治療期間	令 年 月 日 から 令 年 月 日まで 入院 ・ 通院	
	②	名称	所在地 (都道府県)	都・道 府・県
		治療期間	令 年 月 日 から 令 年 月 日まで 入院 ・ 通院	
	③	名称	所在地 (都道府県)	都・道 府・県
		治療期間	令 年 月 日 から 令 年 月 日まで 入院 ・ 通院	
	④	名称	所在地 (都道府県)	都・道 府・県
		治療期間	令 年 月 日 から 令 年 月 日まで 入院 ・ 通院	
治療終了見込み		令和 年 月 日 頃 終了 ・ 終了見込み		

## 示談の状況

示談をする前に必ず健康保険組合にご連絡ください

1. 示談の状況について該当に○をつけてください。
成立していない ・ 交渉中 ・ 成立(令 年 月 日) ・ 請求権を放棄した
2. 請求権を放棄した場合は、その理由をご記入ください。
_____

## 損害賠償の受け取り状況

治療費	1. 自賠責保険から	2. 自身が加入している任意保険から
	3. 相手方(本人・保険)から	4. その他( )
3. の相手方(本人・保険)から受け取った場合、ご記入ください。		
受領日	令 年 月 日	金額 円
休業補償	1. 自賠責保険から	2. 自身が加入している任意保険から
	3. 相手方(本人・保険)から	4. その他( )
3. の相手方(本人・保険)から受け取った場合、ご記入ください。		
受領日	令 年 月 日	金額 円
その他 ( )	1. 自賠責保険から	2. 自身が加入している任意保険から
	3. 相手方(本人・保険)から	4. その他( )
3. の相手方(本人・保険)から受け取った場合、ご記入ください。		
受領日	令 年 月 日	金額 円

## 念 書

マーキュリー健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日 (相手方氏名) の行為により (受診者氏名) の被った傷病について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条第1項の規定によってマーキュリー健康保険組合が給付の価額の限度において取得行使し、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上げます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もってマーキュリー健康保険組合にその内容を申し出る。
2. 相手方に白紙委任状を渡さない。
3. 相手方から金品を受けたときは受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅延なくマーキュリー健康保険組合に届け出る。

個人情報の取扱いについて同意

マーキュリー健康保険組合が今回の事故について、業務遂行上必要な範囲で情報の取得利用（自動車損害賠償責任保険（共済）等への損害賠償額の照会及び提出を含む）することに同意いたします。

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

受診者名 \_\_\_\_\_ (当事者が未成年のときは、親権者が代筆可)

## 誓約書

マーキュリー健康保険組合 理事長 殿

(受診者氏名)

令和 年 月 日に発生した事故により \_\_\_\_\_ が負った傷病の保険給付を一旦、貴組合で立替えていただきたく、この書面をもってお願いいたします。

なお、立替えていただいた保険給付は、貴組合からの求償に応ずることを誓約いたします。

また、併せて次の事項も遵守いたします。

1. 損害賠償保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合で、貴組合が私に請求したときは、損害賠償に応ずる。
2. 受診者と示談するときは、必ず前もって貴組合に申し出る。
3. 受診者の治療状況(治癒・中断・症状固定等)をその都度、貴組合に報告する。
4. 貴組合からの問い合わせ、資料提出等の依頼には、誠意をもって応ずる。
5. 当事者が未成年のときは、親権者が損害賠償に応ずる。

以上

令和 年 月 日

誓約者(当事者)

住 所 .....

電 話 番 号 ..... — —

氏 名 ..... 印

誓約者(当事者が未成年のときは親権者もご記入ください)

住 所 .....

電 話 番 号 ..... — —

氏 名 ..... 印

※損害賠償保険(任意保険)等で賠償するとき。

令和 年 月 日

(保険会社)

住 所

電 話 番 号 ..... — —

保険会社名

担 当 者 名 ..... 印

証 券 番 号 .....