

Notice of illness or injury due to a third party

健康保険 第三者の行為による傷病届

Health insurance card symbol/ number

本人・家族

平成 17 年 4 月 1 日 届出

Date of application

Daytime telephone number
□Home □Office □Cell phone

When a dependent has been a victim of an incident

Date and Time of Accident

About the accident

Type

Incident sequelae

About the presence of police

Degree of Negligence

Medical institution at which treatment covered by health insurance was received

Documents to be attached to this notice when submitted

被害者 ・ 加害者 関係	被保険者証	記号	999	氏名	健保 花子	Name and Seal of the insured	⑩		
	記号と番号	番号	999999	現住所	〒999-9999 ○○県△△市××99-99				
		日中連絡の取れる連絡先			<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 03-3333-3333				
	被害者が勤務している事業所		名称	Victim's Workplace ソニー株式会社					
被害者 関係	被扶養者がうけた事故である時		氏名	Name	被保険者との続柄	Relationship with the insured			
	加害者	氏名	健保 太郎	Name	TEL 03-9999-9999				
	加害者の勤務先	名称	(株)健保運送	Name	TEL 03-8888-8888				
事故 内容	発生年月日		平成 17 年 3 月 25 日		Heisei Y/M/D 午前・後 10時30分頃				
	発生の場所		品川区南旗の台9丁目					Place of Accident am/pm	
	傷病名		右大腿骨骨折						Name of Illness or Injury
	事故種別		自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打・刺傷・その他() Auto accident/Motorcycle accident/Bicycle accident/Assault/Stabbing/Others						
事故結果		即死・入院直後の死亡・入院中の死亡(死亡年月日)・治療 Instant death/Death immediately following hospitalization/Death while hospitalized (Date)/Treatment							
警察官の立会い		あった・ない・ないが届出済・わからない Yes No No but already reported Not clear							
所轄署		荏原		Police Station	警察署	Police Box	派出所		
過失の度合い		本人の過失		相手側の過失					
		⑩ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, ⑩					
健康保険で治療を受けた医療機関		医療機関名	品川大学附属病院					Name of Medical Institution	
		期間	平成 17 年 3 月 25 日 ~ 平成 17 年 3 月 30 日					Period	
		医療機関名	Name of Medical Institution						
		期間	Period						
Deductible		自己負担分の支払い		(自分が支払った)・相手(保険会社)が支払った You paid Paid by other party involved (or the party's insurer)					
この届に添えて提出する書類		自動車のときは	1. 自動車事故証明書(原本) 2. 事故発生状況報告書 3. 念書 4. 死亡の場合は、戸籍抄本 および死亡診断書				受付日付印		
			5. 示談をしているときは示談書の写し						

※被
害者
本人
が
印
を
記
入
し
た
場
合
は
押
印
不
要
で
す
。
こ
の
欄
に
記
入
し
て
く
だ
さ
い
。
必
要
事
項
は
記
入
し
て
く
だ
さ
い
。

※治療した時に
【個人情報保護に関して】
※個人情報保護ポリ
※次に示すいずれか
1. 法令に基づく場
2. 人の生命、身体
3. 公衆衛生の向上
4. 国の機関若しく
本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

- In case of car accident
1. Auto accident certificate (original)
 2. Report on circumstances of accident
 3. Memorandum
 4. In cases of death, official copy of family register and death certificate
 5. Copy of out-of-court settlement document, if applicable

扱うことがあります。
であるとき
がある場合であるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 :03-5795-6111 FAX:0 3-5795-6107
受付時間/9:00~17:30(土曜、日曜、祝祭日、年末年始)

Memorandum

念 書

Date of accident: 平成 17 年 3 月 25 日
Place of accident: 品川区南旗の台 9
Name of Perpetrator (counterpart): 健保 太郎
Name of Victim: 健保 花子

の不正行為により 健保 花子 の被った保険事故について、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 ソニー健保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立てます。
なお、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行なおうとする場合は、必ず前もって貴職に、その内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者から金品を受けたときには受領年月日・内容・金額（評価額）を
もれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。

平成 17 年 4 月 6 日
Heisei Y/M/D

住 所	●●県▲▲市××88-88 Address
記号番号	999 — 999999 Symbol and number
被保険者名	健保 花子 Name of the dependent

Remember to affix your seal
(a seal indicating the date is not permitted)

This document certifies that if I have received insurance compensation based on the Health Insurance Law, I shall agree that the Sony Health Insurance Society shall act to claim compensation from the responsible party within the amount of benefits provided by the Society pursuant to Article 57 of the Health Insurance Law, and the Society shall receive such compensation.

I also pledge to comply with the following terms.

1. If attempting to reach a settlement with the responsible party, I shall provide advance notification of such details.
2. I shall not submit a blank letter of attorney to the responsible party.
3. If receiving payment in cash or in kind from the responsible party, I shall notify the Sony Health Insurance Society of the date of such receipt, the nature of such, and the amount (or assessed amount) of such payment, in full and without delay.