

# 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	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			
加害者	被扶養者がうけた事故である時		<input checked="" type="checkbox"/>				
	加害者	氏名	健保 太郎	Name TEL 03-9999-9999			
	Perpetrator	現住所	〒888-8888 ●●県▲▲市××88-88 Current Address				
関係	加害者の勤務先	名称	(株)健保運送 Name TEL 03-8888-8888				
	Perpetrator's Workplace	所在地	〒777-7777 ◎◎県▽▽市××77-77 Place				
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				
	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		<input checked="" type="checkbox"/> あった Yes <input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> ないが届出済 No but already reported <input type="checkbox"/> わからない 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 Your Rate ⑩ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		相手側の過失 Party's Rate 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				
健康保険で治療を受けた医療機関		医療機関名	Name of Medical Institution				
		期間	Period				
Deductible		<input checked="" type="checkbox"/> 自己負担分の支払い You paid <input type="checkbox"/> 相手(保険会社)が支払った 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	
	その他のときは	5. 示談をしているときは示談書の写し					

※被保険者本人が印を記入した場合、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】

- ※個人情報保護ポリシー
- ※次に示すいずれか
  - 法令に基づく場
  - 人の生命、身体
  - 公衆衛生の向上
  - 国の機関若しくは

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

※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)

扱うことがあります。

であるとき

がある場合であるとき



# Memorandum

念 書

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

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）をまれなく、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.