

「第三者行為による傷病届」について

本届出について

1. この届は、本人又はご家族が第三者の行為（交通事故など）で負傷し、健康保険での治療を希望した場合に、必ず健康保険組合に提出いただく届出です。
2. 業務中または通勤の行き帰りに負傷した場合は、健康保険で治療することは出来ませんので、必ず医療機関に業務中または通勤の行き帰りの負傷であること（労災保険）を申し出て下さい。そのため、労災保険で治療を受けた場合は本書の提出は不要となります。
3. 健康保険で治療を受けた場合、その給付した価額を限度として、保険者（当組合）が加害者や損害保険会社等に対しての損害賠償請求権を代位取得することになります。
4. 念書については、必ず署名及び捺印を押して下さい。

留意事項

○添付書類について

1. 交通事故証明書（物損事故扱いの場合も必ず提出して下さい）

自動車安全運転センターで発行されます。また最寄りの警察署、派出所でも「交通事故証明書交付申請書」が備えられていますのでお問い合わせ下さい。

なお、警察署への届出が「物損事故」扱いの場合や、事故の届出をされていない場合など、人身事故扱いの事故証明書が発行できないときは、人身事故証明書入手不能理由書を必ずご提出下さい。

2. 事故状況等によって、診断書の写し、戸籍謄本及び死亡診断書、示談書の写し等をご提出いただく場合があります。

○本届出提出後、次のようなときは当組合までお知らせ下さい。

1. 示談を行おうとするとき。
2. 負傷した傷病が治ったとき。
3. 治療費・見舞金・保険金等を受領したとき。

提出・問い合わせ先 東京広告業健康保険組合 業務第2課 TEL 03-6226-4534

健康保険法第57条

1. 保険者は、給付事由が第三者の行為によって生じた場合において、保険給付を行ったときは、その給付の価額（当該保険給付が療養の給付であるときは、当該療養の給付に要する費用の額から当該療養の給付に関し被保険者が負担しなければならない一部負担金に相当する額を控除した額。）の限度において、保険給付を受ける権利を有する者（当該給付事由が被保険者の被扶養者について生じた場合には、当該被扶養者を含む。次項において同じ。）が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得する。
2. 前項の場合において、保険給付を受ける権利を有する者が第三者から同一の事由について損害賠償を受けたときは、保険者は、その価額の限度において、保険給付を行う責めを免れる。

負傷原因について（回答書）

被 保 険 者	被保険者証の	記号		番号	
	氏名				
	自宅住所	〒 Tel ()			
対 象 者	氏名			続柄	
負 傷 日 時	年 月 日 () 午前・午後 時 分頃				
当 日 の 勤 務 時 間	時 分 ~ 時 分				
負 傷 場 所	<p>(該当する項目を「○」で囲み、おおよその場所をご記入ください。訪問先、その他の場合には、その施設名などもご記入ください)</p> <p>事業所内・駅構内・自宅・学校内・乗り物の中・路上 訪問先 () その他 () おおよその場所 ()</p>				
状 況	<p>通勤(帰宅)途中・勤務時間中・休憩中・移動中 アルバイト・パート・農作業・家事の手伝い・町内行事 車運転中・車同乗中・学校クラブ活動中・散歩 スポーツ競技 () ショッピング・家事・その他 ()</p>				
ど の よ う な 事 故 が お き ま し た か ？	(できるだけ具体的にご記入ください)				
負 傷 名					
受 診 医 療 機 関 名	① ② ③				
原 因	第三者からの加害行為(事故を含む)で ある・違う				
損 害 賠 償 請 求 の 有 無	請求した ・ 請求しない				

健康保険 第三者の行為による傷病届

本人・家族

令和 年 月 日

被害者	被保険者証の	記号		番号		
	氏名	Ⓜ		生年月日	大・昭 ・平 年 月 日生(歳)	
	現住所	〒 () TEL ()				
	勤務先の名称					
	勤務先の所在地	〒 () TEL ()				
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名	生年月日		続柄	
加害者	氏名	生年月日		大・昭 ・平 年 月 日生(歳)		
	現住所	〒 () TEL ()				
	勤務先の名称 または氏名			事業内容 または職業		
	勤務先の所在地	〒 () TEL ()				
	加害者の住所、氏名が分らないとき	その理由…				
事故内容	傷病名					
	発生年月日	年 月 日() 午前・午後 時 分頃				
	発生時の状況	勤務中・通勤途上・私用外出中・その他()				
	発生の場所					
	種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・暴行 その他()				
	事故結果	即死・入院直後の死亡・入院中の死亡・治療中 (死亡年月日 年 月 日)				
	警察官の立会	あった・ない・ないが届け出済み・わからない				
	所轄署	警察署			派出所	
	過失の割合	被害者	0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10		加害者	0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10

この届出に添えて 提出する書類	1.交通事故証明書(交通事故の場合) 2.診断書の写し 3.戸籍謄本及び死亡診断書(死亡の場合) 4.示談書の写し(示談をしているとき)
--------------------	---

※示談をする前には、必ず健康保険組合にご連絡ください。

示談状況 (いずれかに「○」をした上、ご記入ください)		成立していない・交渉中	年 月 日 現在		
		成 立 し た	年 月 日 に成立		
		請 求 権 を 放 棄 し た	年 月 日 に放棄		
		放棄した場合はその理由…			
損害賠償の請求及び支払状況	自動車事故のとき保険会社からの賠償金は	受領した（請求者名 _____）・受領していない・申請中			
	加害者（第三者）に対する損害賠償の請求は	請求した	年 月 日に 口頭・文書 で請求		
			内訳	治療費 円	
		休業補償費 円			
		その他 円			
		請求していない	理由…		
	加害者（第三者）から損害賠償を受けたとき	損害賠償の種類	加害者直接賠償・保険会社からの賠償		
		賠償金の内訳	治療費(入院費含)	円	
			休業補償費	(年 月 日～ 年 月 日) 日分 1日につき 円	
			葬 祭 費	円	
			慰 謝 料	円	
			見 舞 金	円	
			傷 害 補 償 費	円	
そ の 他			円		
合 計		円			
受領方法・受領日		全 額			
	分 割 (回 払)	第1回	円 年 月 日 受領		
		第2回	円 年 月 日 受領		
第3回		円 年 月 日 受領			
被害者の人身傷害保険	加入の有無	あり・なし 保険会社名 _____ 取扱窓口 _____ 担当者名 _____ TEL (_____)			

※提出日現在の示談の状況を記入してください。

※加害者から損害賠償を受けたときは必ず記入してください。

損害賠償責任保険契約内容(加害者の情報)

1. 自動車・バイク事故の場合

		加害者の自賠償保険		加害者の任意保険(対人)	
保険会社名称					
証書番号					
保険契約期間		自 年 月 日 至 年 月 日 (カ月)		自 年 月 日 至 年 月 日 (カ月)	
契約者	住所	〒 TEL ()		〒 TEL ()	
	(フリガナ)氏名				
保有者	住所	〒 TEL ()		〒 TEL ()	
	(フリガナ)氏名				
取扱窓口	所在地	〒 TEL ()		〒 TEL ()	
	名称				
	(フリガナ)氏名				
自動車の種別			登録 No		車台 No

2. 自動車・バイク事故以外の場合

加害者の保険会社		名称		保険種別	
		証書番号			
保険契約期間		自 年 月 日・至 年 月 日 (カ月)			
契約者	住所	〒 TEL ()			
	(フリガナ)氏名				
取扱窓口	所在地	〒 TEL ()			
	名称			(フリガナ)担当者	

念 書

年 月 日(場所) において(加害者名) の

不法行為により(被害者名) の被った事故について、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条第1項の規定によって、健康保険組合が給付の価額の限度において取得行使し、かつ損害賠償金を受領すること、及び求償事務に必要な範囲で当該事案に関する私の個人情報に加害者、医療機関、損害保険会社等から取得し、かつ弁護士等委託先の他加害者及びその代理人、裁判所及び裁判外紛争解決機関等に提供することについて異議のないことを、ここに書面をもって申し立てます。

なお、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行う場合は、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. 加害者側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、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
4. 自賠償保険に被害者請求する場合には、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

⑩

健康保険組合 理事長 殿

治 療 の 状 況

この事故で医師の 治療を受けましたか		受 け た ・ 受 け ない	
治 療 を 受 け た と き	医 療 機 関	名 称	
		所 在 地	〒 TEL ()
	支 払 方 法	健康保険 ・ 加害者負担分 ・ 自費 ・ その他 ()	
	治 療 開 始	年 月 日 入院 通院	
	転 帰	年 月 日 現在 現在入院中 ・ 通勤加療中 ・ 治癒 ・ 中止	
	入院治療機関	入院 年 月 日 ～ 年 月 日 通院 年 月 日 ～ 年 月 日	
	後 遺 症	あ る ・ ある見込み ・ な い ・ ない見込み	
	治 療 見 込	年 月 日 から 約 日ぐらい	

以下の欄は記入する必要はありません

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支給年月日	備 考
療 養 の 給 付	円	年 月 日 年 月 日 日間		
療 養 費	円	マッサージ・コルセット 柔道整復施術・輸血		
傷 病 手 当 金	円	年 月 日 年 月 日 日間		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

人身事故証明書入手不能理由書

御中

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)

<p style="text-align: center;">理由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p>	<p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ(予定を含む)であったため</p> <p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した(もしくは終了予定のため)</p> <p><input type="radio"/> 公道以外の場所(駐車場、私有地など)で発生した事故のため</p> <p><input type="radio"/> 事故当事者の事情(理由を具体的に記載してください。)</p> <div style="border: 1px dashed black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> <p>【理由】</p> <p><input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。)</p> <div style="border: 1px dashed black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> <p>【理由】</p>
---	---

◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。

届出警察	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	年 月 日
------	----------------------	-------	-----------------

次頁へ → 交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、次頁の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。			
<input type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他 () ※ 該当する項目に○印をしてください	住所 〒 _____	記入日	年 月 日
	氏名 _____		(印)
	電話 () _____		

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求(法第16条請求)する場合には、保険契約者側(契約者、運転者など)の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償をした側が請求(法第15条請求)する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

(保険会社使用欄) 該当する口のすべてに✓する。

- 人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。
- 請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆ その他・特記事項 		

【 事案情報 被害者名: _____ 事故日: 年 月 日 】