

「第三者行為による傷病届」を提出される方へ

～～ 届出記入の注意点 ～～

この届出は被保険者又は被扶養者が、第三者の不法行為(交通事故等)で負傷病し、健康保険で治療を受けることとなった時に速やかに、健康保険組合に提出してください。

- 工作中や通勤途中の負傷は労災保険扱いになるので、健康保険での給付は受けられません。健康保険証を使用した時は、健康保険組合が支払った医療費について返還していただくことになります。速やかに事業所及び労働基準監督署にご相談ください。
- 第三者行為に係る保険給付を受けた時は、その給付の価額限度において当健康保険組合が加害者（相手方）や損害保険会社に対して損害賠償請求権を代位取得することになります。（根拠条文：健康保険法第57条）
- 加害者（相手方）不明の場合はわかる範囲で記入してください。

▶ 添付書類について

書類名	注意点等
交通事故証明書	安全運転センターで発行されます。または、最寄りの警察署、派出所でも申請書を備えています。
診断書（写）	コピー可です。
人身事故証明書 入手不能理由書	「物件事故」扱いの交通事故証明書の場合、または「人身事故」扱いであっても被害者（当組合加入者）の名前がない場合に添付。
示談書（写） （示談しているとき）	下記の注意点を参照。

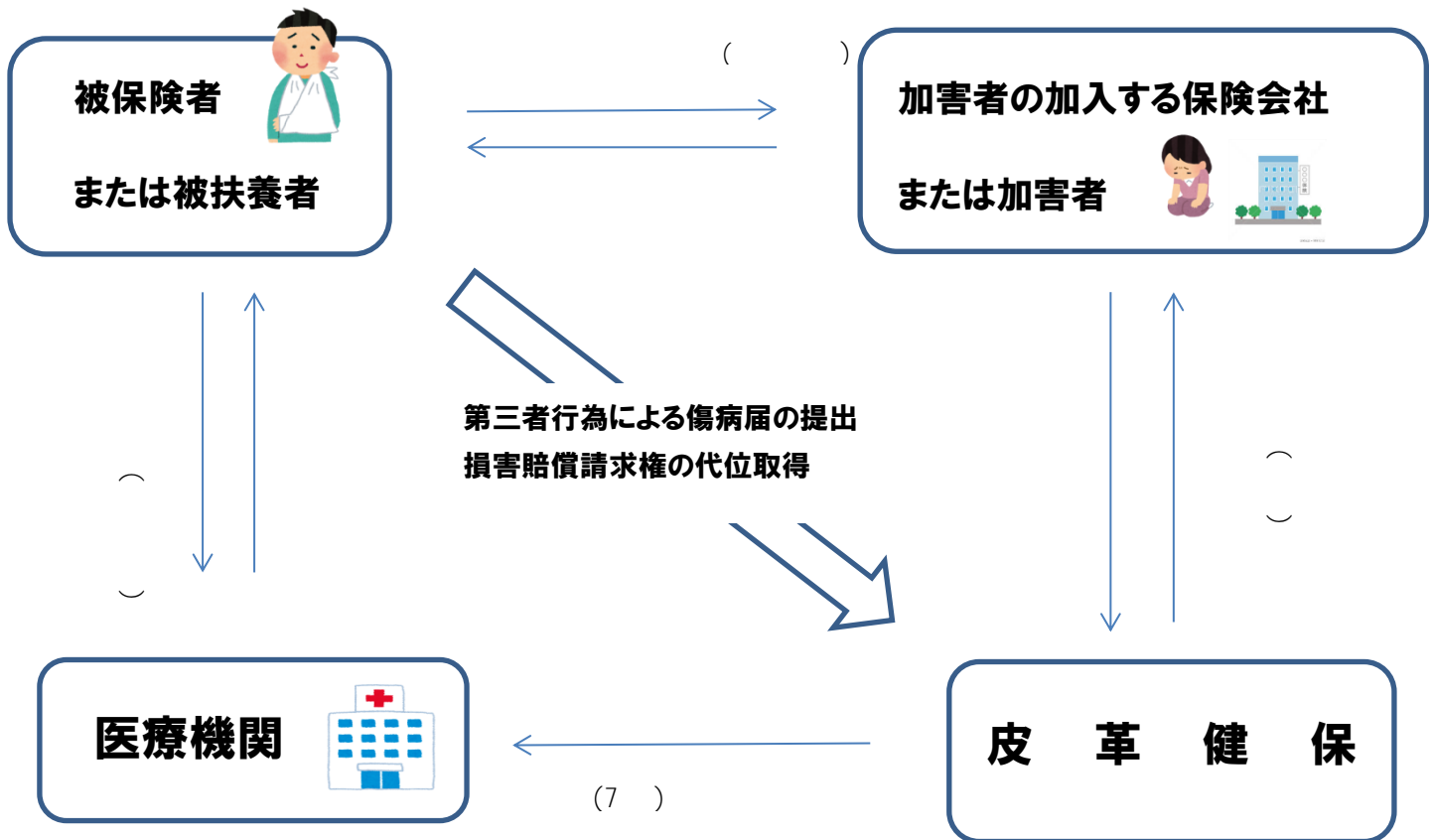
◆被害者、加害者との間で示談をする場合は下記の点を守って下さい。

- ① 示談をする前に必ず健康保険組合へ連絡してください。
- ② 症状固定診断書の症状固定日は以後の治療費が補償されなくなりますので、担当医に回復の見込みがないか確認してください。
- ③ 加害者の補償が健康保険組合の保険給付と重複しないよう充分注意してください。
（※二重補償が行われた場合、補償額を健康保険組合へ返還する場合があります。）
- ④ 過失の割合、補償額等わからない場合には健康保険組合へご連絡ください。

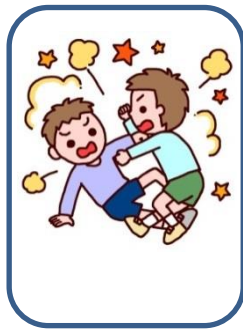
()

(7)

☆健康保険を使う前に、
まず健保にご連絡ください。



☆こんなケースも「第三者行為による傷病」です



健康保険 第三者の行為による傷病届

本人・家族

年 月 日

被 害 者	被 保 険 者 証	記 号		番 号	
	氏 名	Ⓔ		生年月日	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
		年 月 日生(歳)			
加 害 者	氏 名		生年月日	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	治療中・治癒			
	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	

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.示談書の写し(示談をしているとき) 4.人身事故証明書入手不能理由書(※)
--------------------	--

※ 交通事故証明書の「照合記録簿の種別」が「物件事故」となっている場合、または「人身事故」扱いであっても被害者(当組合加入者)の名前がない場合に添付してください。

※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 担当者名	取扱窓口 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

<div data-bbox="85 165 310 190">		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			車両 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	

事故発生状況報告書

本件交通事故につき下記のとおり報告いたします。

甲 (加害運転者)	氏名												
乙 (被害者)	氏名												
速 度	相手車(甲)	km/h(制限速度	km/h)	自転車(乙)	km/h(制限速度	km/h)							
事故現場における自動車等と被害者との状況を図示してください	事故発生状況略図												
	※道路幅をmで記入してください。												
ご上説明図に ついて ださい													

相手車(甲)	
自転車(乙)	
進行方向	
信 号	
一時停止	
人 間	
自 転 車 オ ー ト バ イ	

年 月 日

報告書作成者氏名 (印) 乙との関係 ()

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。

年 月 日

住 所

氏 名

⑩

東京都皮革産業健康保険組合 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 ・ 通院加療中 ・ 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	
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 ・ 通院加療中 ・ 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	
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 ・ 通院加療中 ・ 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	

(注)治療を受けた医療機関欄が不足する場合は、「裏面」に記載、もしくは「コピー」にて対応願います。

人身事故証明書入手不能理由書

○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(乙)の方のお名前がない場合も、記入してください。)

発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃 天候			
発生場所				
加害者 (甲)	住所			
	氏名	生年月日	年 月 日	
	車種	車両番号		
	自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号		
	事故時の状態	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他()		
被害者 (乙)	住所			
	氏名	生年月日	年 月 日	
	車種	車両番号		
	自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号		
	事故時の状態	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他()		
甲・乙 以外の 当事者 (丙)	住所			
	氏名	車両番号		
	自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号		
交通事故証明書を入手できない理由 ※該当する項目に○印をしてください	<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 <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 <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 <input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。) (理由:)			
◆警察へ、事故発生の届出を行っている場合は、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	

◆上記理由により交通事故証明書は取得できませんが人身事故の事実には相違ありません。	
<input type="radio"/> 加害者(甲) <input type="radio"/> 目撃者 ※該当する項目に○印をしてください	記入日: 年 月 日 住 所 _____ 氏 名 _____ (印) 電 話 () _____

(注) 加害者(甲)もしくは目撃者の方のご署名・捺印がもらえない場合は、理由を記入のうえ、被害者(乙)がご署名・捺印ください。