

健康保険

第三者行為による傷病届

被害者	被保険者	記号 1111	フリガナ ケンボ タロウ		
		番号 1111	氏名 健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 昭平 55年11月25日生(37才)	
	現住所	〒 - 東京都港区南青山〇-〇-〇 TEL 03(0000)0000			
	被保険者が勤務している事業所(連絡先)	名称	株式会社健康保険社		
	所在地	〒100-0013 東京都千代田区霞が関〇-〇-〇 TEL 03(0000)0000			
被扶養者が被害者であるとき	フリガナ			続柄	
	氏名	昭平 年 月 日生(才)			

事故相手	加害者	フリガナ	ギョウム マサオ		
		氏名	業務 正夫		
		現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 昭平 50年8月27日生(42才) 〒107-0052 東京都港区赤坂〇-〇-〇 TEL 03(0000)0000		
	加害者の勤務先	名称			事業の内容又は職業
	所在地	TEL ( )			
加害者の住所氏名が不明の場合その理由					

事故の内容	傷病名	頰部捻挫	損害の程度	全治	1ヶ月	
	事故発生日・場所	事故日時	平成30年4月1日(日)		午前 午後 2:30頃	
		場所	東京都港区南青山〇丁目の交差点			
	事故発生時の状況	被保険者又は被扶養者	<input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 交通事故以外( )			
		加害者(事故相手)	<input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 交通事故以外( )			
	所轄警察署	<input checked="" type="checkbox"/> 警察に届出済 <input type="checkbox"/> 届出なし <input type="checkbox"/> 不明 *注1		届出署	赤坂 警察署	
過失の度合(わかる範囲で)	自分(被害者)の過失	0. <input checked="" type="checkbox"/> 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%)				
	相手(加害者)の過失	0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. <input checked="" type="checkbox"/> 90. 100 (%)				

示談状況	示談は成立していますか	成立している	平成 年 月 日 成立
		<input checked="" type="checkbox"/> 成立していない	交渉中 平成 30年 4月 10日 現在
	成立していない場合はその理由	まだ治療中であり、請求額が未確定のため	
請求権を放棄した場合	平成 年 月 日	理由	

\*注1 物損事故で処理した場合、別途「人身事故証明入手不能理由書」の提出を求める場合があります。

加害者の賠償保険加入状況	自動車保険	自賠責保険	保険会社名	日本海上火災保険(株)			
			所在地	〒160-0023 東京都新宿区西新宿〇-〇-〇 TEL03(〇〇〇〇)〇〇〇〇			
		契約期間	28年6月1日 ~ 30年5月31日	フリガナ	業務 正夫		
		証明書番号	ABCDE12345	契約者	業務 正夫		
	任意保険	保険会社名	日本海上火災保険(株)			担当者	
		所在地	〒 - 同上 TEL03(〇〇〇〇)〇〇〇〇			フリガナ	業務 正夫
		契約期間	29年6月1日 ~ 30年5月31日	任意一括	有・無		
	個人賠償責任保険等	証明書番号	FGHIJ6789	*注2			
		保険会社名		担当者			
		所在地	〒 - TEL ( )			フリガナ	
	契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日	契約者				
	証明書番号						
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	TEL ( )	

治療状況	医療機関	名称	健康保険大学医学部附属病院			
		所在地	東京都港区南青山〇-〇-〇 TEL03(〇〇〇〇)〇〇〇〇			
	治療期間	平成30年 4月 1日から(入院 自 4月 1日 至 4月 2日 )	通院			
	転院した場合	平成 年 月 日から(入院 自 月 日 至 月 日 )	通院			
	後遺症	ある・ある見込み・ない・ない見込み・不明				
治療費の支払方法	健康保険・被害者負担・加害者負担(自賠責支払)・その他( )					

損害賠償	相手方に対する損害賠償の請求状況	すでに請求済・現在のところ未請求				
	相手方からの損害賠償金等の受領状況	受領済・受領していない				
	*加害者や保険会社から賠償金を受領した場合のみ下欄にご記入ください。					
	賠償金の内訳	治療費	円	慰謝料	円	
		休業補償費	月 日から 月 日までの 日間	×日額	=	日間 円
		葬祭費	円	その他	円	
見舞金		円	(合計額)	円		
受領方法	一括	平成 年 月 日 受領				
	分割( )回払い	1回目	円	平成 年 月 日受領		
		2回目	円	平成 年 月 日受領		
3回目		円	平成 年 月 日受領			

\*注2 任意一括とは、自賠責保険を含めて任意保険会社が一括して対応している場合です。

受付印

## 事 故 発 生 状 況 報 告 書

当事者	甲 (事故相手)	氏名 業務 正夫	乙 (被保険者又は 被扶養者)	氏名 健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 運転 同乗 <input type="checkbox"/> 歩行・その他											
天 候	<input checked="" type="checkbox"/> 晴	<input type="checkbox"/> 曇	<input type="checkbox"/> 雨	<input type="checkbox"/> 雪	<input type="checkbox"/> 霧	交通状況	<input type="checkbox"/> 混雑	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 閑散	明 暗	<input type="checkbox"/> 明	<input checked="" type="checkbox"/> 暗	明け方	<input checked="" type="checkbox"/> 昼間	<input type="checkbox"/> 夕方	<input type="checkbox"/> 夜間
道路状況	舗装 <input checked="" type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない ・ 歩道 (両・片) <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ・ <input checked="" type="checkbox"/> 直線 <input type="checkbox"/> カーブ <input checked="" type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 坂 ・ 見通し <input checked="" type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い ・ 積雪路 ・ 凍結路 ・ 濃霧															
信号又は標識	ある 自転車側信号 (青・赤・ ) <input type="checkbox"/> されている 信号 <input checked="" type="checkbox"/> ない 相手側信号 (青・赤・ ) <input type="checkbox"/> 駐停車禁止 <input type="checkbox"/> その他の標識 <input type="checkbox"/> されていない															
速 度	自転車両 40 km/h (制限速度50km/h) ・ 相手車両 10 km/h (制限速度30 km/h)															
事故現場の状況を图示してください	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください)															
上記回の説明を書いてください	国道246号線を自家用車で渋谷方面に走行中、加害者運転の車が、信号のない 交差点を左折しようと道路内に侵入し、衝突。自車は左方に衝突されたのち、 反動で中央分離帯に乗り上げ、負傷した。															

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告いたします

平成 30年 4月 10日

報告者 甲との関係( )  
 乙との関係( 本人 )  
 氏 名 健保 太郎



# 様式9

損保会社や関係機関との個人情報のやり取りに必ず必要になる書類です。

(被保険者・被扶養者用)

## 念書 兼 同意書

事故発生日	平成30年4月1日
事故発生場所	東京都港区南青山2-24付近
被害者名	健保 太郎
加害者名	業務 正夫

- 上記の事故に関して、健康保険法による保険給付を請求するにあたり以下の事項を遵守することを誓約します。
  - 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
  - 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 上記の事故に関して、私が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ついて異議はありません。
- 上記の事故に関して私の個人情報及びこの念書兼同意書の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
  - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項(保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳(その見込みを含む)、診断書等)について保険会社等から提供を受けること。
  - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項(診療報酬明細書の写し等)について、保険会社等に対して提供すること。
  - この念書兼同意書をもって上記の事故による求償業務に関する事項を健康保険組合へ情報提供する保険会社等への同意を含むこと。
  - この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

平成30年 〇月 〇日

被保険者 住所 東京都港区〇〇-〇

氏名 健保 太郎



電話番号 090-0000-0000

被扶養者 住所

氏名



電話番号

〇〇 健康保険組合 理事長 殿

誓約書は加害者側の支払の意思を確認するための書類です。通知（保保発0809第3号）にもある通り誓約書がなくとも相手に請求することが可能です。

（相手側用）

## 誓 約 書

（事故日）

（事故発生場所）

私は、平成30年4月1日、東京都港区南青山2丁目の交差点付近に

おいて生じた第三者行為の事故・傷害により、被害者健保太郎の被った保険事故について、健康保険法による保険給付の価額を限度とし、その責任過失割合相当分の費用を自賠法第3条、民法第709条、健康保険法第57条の規定に基づき、〇〇健康保険組合から損害賠償の請求があった場合は、責任をもってお支払いすることを誓約します。

また、自動車賠償責任保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合、〇〇健康保険組合が私に請求したときは、損害賠償に応じることをあわせて誓約いたします。

平成 30 年 〇 月 〇 日

加害者

住 所 東京都港区赤坂〇—〇—〇 

氏 名 業務 正夫 

電話番号 〇九〇—※※※※—※※※※

連帯保証人

住 所

氏 名 

電話番号

加害者との関係（ ）

## 様式1

第三者求償に限らず、外傷性負傷原因の理由を確認するために使用します。主としてはレセプト受領時の確認ですが、その他に現金給付請求時や電話連絡後の詳細確認などにも応用できます。

### 負傷の原因について（照会）

当組合では、外傷性の疾病で医療機関等に受診された方々を対象に負傷原因の調査を行なっております。この照会は、交通事故やけんか等相手があつて負傷した場合、通勤災害や労災事故で負傷した場合等に該当していないか調査するものです。つきましては、

受診者氏名 健保太郎 殿は、 傷病名 右腕橈骨骨折 で

初診日 平成30年〇月〇日 より

医療機関名 健康保険大学医学部附属 病院 医院・クリニック・診療所・整形外科  
外科

接骨院・整骨院

で受診されましたが、その原因および状況等について、同封の回答書にご記入、  
ご捺印の上、 回答期限 平成30年〇月〇日 までにご返送下さい。

なお、交通事故やけんか等相手があつて負傷した場合は、「第三者行為による傷病届」が必要となりますので、当組合に届出書を請求のうえ、速やかにご提出下さい。

様式13

人身事故証明書入手不能理由書は「交通事故証明書」の「事故の類型」欄が「物損事故」となっている場合などに、本人に記入してもらうことで、自賠償保険等に請求することが可能です。

人身事故証明書入手不能理由書

日本海上火災 保険会社 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。)

理由	<input checked="" 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)
※ 該当する項目に ○印をしてください。  ※ 複数に該当する 場合は、すべてに○ 印をしてください。	<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"/> 事故当事者の事情(理由を具体的に記載してください。)
	【理由】 [ ]
	<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には、以下に記載してください。	
届出警察	港区 警察 担当官 (判明している場合)
届出年月日	30 年 4 月 2 日

裏面へ ☞ [ 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、裏面の事故当事者、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、人身事故の事実と相違ありません。	
<input checked="" type="radio"/> 当事者	住所 〒 100-0013 記入日 30 年 6 月 20 日
<input type="radio"/> 目撃者	東京都港区南青山〇-〇-〇
<input type="radio"/> その他 ( )	氏名 健保 太郎 ㊟
※ 該当する項目に ○印をしてください	電話 03 ( 0000 ) 0

(注) 当欄は、賠償を求める側、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、人身事故の事実と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 ]

○交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。)

発生年月日時		30年4月1日		午前 午後	2時15分頃	天候	晴
発生場所		東京都〇区交差点					
甲	住所	東京都港区赤坂〇-〇-〇		電話 090 ( 1234 ) 5678			
	氏名	業務 太郎	生年月日	明・大 昭・平	50年8月27日(43)才		
	自賠償保険契約先	日本海上火災保険	自賠償保険証明書番号	第	****	号	
	登録番号	ナンバープレート	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他			
乙	住所	東京都港区南青山〇-〇-〇		電話 03 ( 0000 ) 0000			
	氏名	健保 太郎	生年月日	明・大 昭・平	55年11月25日(38)才		
	自賠償保険契約先		自賠償保険証明書番号	第	△△△△	号	
	登録番号	ナンバープレート	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他			
丙	住所			電話 ( )			
	氏名		生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 ( ) 才		
	自賠償保険契約先		自賠償保険証明書番号	第		号	
	登録番号		事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他			
丁	住所			電話 ( )			
	氏名		生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 ( ) 才		
	自賠償保険契約先		自賠償保険証明書番号	第		号	
	登録番号		事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他			
戊	住所			電話 ( )			
	氏名		生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 ( ) 才		
	自賠償保険契約先		自賠償保険証明書番号	第		号	
	登録番号		事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他			

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。



## 「第三者行為による傷病届」提出について

### 1. 第三者加害行為とは

あなた及び被扶養者が他人により負傷させられたときのことを言います。

例 交通事故（同乗中、自転車や歩行者等の事故も含む）、暴力行為、スキー等の事故、建物等管理不備による事故、他人の飼犬による咬傷事故等。

### 2. 治療費について

その治療費は、加害者が当然負担すべきものです（ただし、過失の程度により負担額が変わります）が、その治療を保険診療で受けた場合、治療費の支払いは加害者に代わって当健保組合が立替え払いをしますので、健康保険法第 57 条により当健保組合が損害賠償の請求権を取得します。これにより、当健保組合が負担した治療費は直接、加害者または自賠責保険等に請求します。

### 3. 損害賠償の求償について

治療終了等により当健保組合が自賠責保険等に請求する際、必要な診療報酬明細書（レセプト）の写し等を添付することに、この傷病届の提出をもって同意したものとさせていただきます。（加害者個人への請求の場合は、添付いたしません。）

### 4. 傷病届について

健康保険で治療を受けたとき、または受けようとするときは必ず傷病届（当健保組合所定の様式）を当健保組合に提出することが、健康保険法施行規則第 65 条により義務づけられています。提出なき場合は健康保険からの給付費等を制限する場合があります。

5. 傷病届の提出の際、次の書類（○印のもの）を必ず添付してください。

(イ) 事故発生状況報告書

(ロ) 警察の事故証明（の写し）

※事故種別欄が「物損事故」の場合、別途「人身事故入手不能理由書」を提出いただく場合がございます。

(ハ) 誓約書（加害者が当健保組合で立替えた費用を必ず支払う旨の）

※相手方加入の保険会社の記載でも可

(ニ) 念書兼同意書（被保険者、被扶養者記載用）

(ホ) 治療を受けた医師の診断書（治療終了ないしは症状固定時に提出）

(ヘ) 貸与証明書（加害者の車輛が他人名義の場合）

(ト) 示談をしているとき、また、したときは示談書の写し

(チ) その他

6. 示談について

事故発生後すぐに、あるいは治療継続中に示談をすると示談後の治療費は当健保組合の負担とならず、あなた自身の負担となることがございますので、示談する場合は必ず当健保組合にご連絡ください。

なお、ご不明の点または質問等ございましたら、下記に文書または電話でご連絡ください。

〒 671-1132

兵庫県姫路市大津区勘兵衛町4丁目1

虹 技 健 康 保 険 組 合

☎ 079 (236) 5673