

健康保険 第三者の行為による傷病届

交通事故や飼い犬に咬まれる等、第三者(相手)による怪我による治療費については、本来第三者である加害者が支払わなくてはなりません。しかし健康保険組合にこの届出を提出することにより、健康保険で治療を受けることができます。

届出上の注意

- 1, この届は、健康保険の被保険者または被扶養者が第三者の行為(交通事故等)により負傷し、健康保険で治療を受けたいときに提出してください。
- 2, 業務中や通勤の途中に起きた事故(第三者行為による事故または、自損単独事故を含む)については、健康保険で治療を受けられませんので、必ず事業主にご相談のうえ、労働基準監督署に届出を行って下さい。
- 3, 被害者が健康保険で治療を受けた場合、もともと加害者が支払うべき治療費等を健保組合が一時負担したことになりますので、後日、その治療費等を加害者または自動車保険会社等に請求します。そのためにこの届出が必要となります。

届 出 書 類

※交通事故で、第三者の行為によるものの届出書類

- 1, 交通事故、自損事故、第三者(他人)等の行為による傷病(事故)届
- 2, 負傷原因報告書
- 3, 事故発生状況報告書
- 4, 同 意 書
- 5, 損害賠償金納付確約書・念書
- 6, 交通事故証明書(原本)「人身事故」扱い又は人身事故証明書入手不能理由書*
- 7, 示談の写し(示談が成立している場合)

*「交通事故証明書」は、お近くの「自動車安全運転センター事業所」の窓口で、または所定の郵便振替用紙を使って交付を受けることができます。
郵便振替用紙はお近くの警察署、交番、駐在所などで入手できます。

*「交通事故証明書」がない場合や「物件事故」扱いになっている場合は「入手不能理由書」を提出下さい。

その他

- 平成25年4月から相手側または被害者である被保険者が示談代行サービスが附帯された任意保険に加入している場合、担当する損害保険会社がこの届出書類を作成し、直接、健康保険組合に提出することが可能になりました。

- ＜自由診療と保険診療＞

○自由診療(各医療機関が任意に治療費の基準を定める)

全額自費で治療を受け、その費用を被害者が全額加害者に請求します。

○保険診療(治療費の基準は全国統一)

保険証を提示して治療を受け、自己負担(原則 3割分)については被害者が加害者に請求します。7割分については、後日、健康保険組合が加害者に請求します。

相手がいない自損事故や相手不明の場合の事故の場合の届出書類

自損事故の場合

- 1, 交通事故、自損事故、第三者(他人)等の行為による傷病(事故)届
- 2, 負傷原因報告書
- 3, 事故発生状況報告書
- 6, 交通事故証明書(原本)「人身事故」扱い
 - ・「交通事故証明書」があれば添付下さい

※協見運転等による自損事故によって同乗者の立場でケガをした場合、運転者が加害者となり、第三者行為となります。「届出書類1～7」が必要となります。

相手不明(当て逃げ等)の場合

- 1, 交通事故、自損事故、第三者(他人)等の行為による傷病(事故)届
- 2, 負傷原因報告書
- 3, 事故発生状況報告書
- 6, 交通事故証明書(原本)「人身事故」扱い又は人身事故証明書入手不能理由書
- 8, 誓約書
 - ・「相手」欄は全て不明(不詳)と記入下さい

交通事故以外の場合

- 1, 交通事故、自損事故、第三者(他人)等の行為による傷病(事故)届
 - 2, 負傷原因報告書
 - 4, 同意書
 - 5, 損害賠償金納付確約書・念書
 - 8, 誓約書*
- *「相手」が不明の場合のみ提出下さい

届 出 先

平和堂健康保険組合

〒522-8511 彦根市西今町1番地

TEL 0749-23-6930

FAX 0749-21-2176

届出後の留意事項

この届を提出した後で次のようなときは、必ず文書等で「平和堂健康保険組合」に報告してください。

- 1, 転院(病院を変わる)したとき。
- 2, 負傷した病気が治ったとき。
- 3, 健康保険での治療を中止して、自費または加害者が直接治療費を病院に支払いすることになったとき。
- 4, 加害者や自動車賠償保険会社から、慰謝料等の保険金を受けようとするとき。
- 5, 加害者と示談を行おうとするとき。

交通事故、自損事故、第三者(他人)等の行為による傷病(事故)届

様式1

届出者	被保険者証 記号番号	-----		被保険者 氏 名	⑨		職種	
	事業所名 (勤め先)				所在地 (勤め先)	〒 TEL ()		
(受診者) 被害者	氏名	男 女 才		続柄		住所	〒 TEL ()	
	事 故 内 容	自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・殴打・刺傷・その他 ()						
	警察への届出有無	有: 人身事故・物損事故 ※注1 () 警察署 無: (理由)						
(第三者) 加害者	氏名	男 女 才		住所	〒 TEL ()			
	勤務先 又は職業			所在地	〒 TEL ()			
加害者が不明の理由								
事故発生	年 月 日 前後 時 分			発生場所	市 町 郡 村			
過失の度合	(自分) 被害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			(相手) 加害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		
事 故 の 相 手 の 自 動 車 保 険 加 入 状 況								
傷病が交通事故による傷病	自賠責保険	保険会社名			取扱店 所在地	〒 TEL ()		
		保険契約者名 (名義人)			住所 (所在地)			関係 保有者との 加害者との
		自動車の種別		府県名		登録番号		車台番号
		自賠責証明書番号			保険期間	自 年 月 日 至 年 月 日		
		自動車の保有者名			住所 (所在地)		加害者 との関係	
	任意保険	保険会社名	火災海上(株) 農協		取扱店 所在地	〒 担当者名 TEL ()		
		保険契約者名			住所 (所在地)	〒		
		契約証書番号			保険期間	自 年 月 日 至 年 月 日		
		保険契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日		任意一括について ※注2 有 ・ 無			

※ 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届」 の提出を求める場合があります。
-----------------	------------------------------------

※ 注2

任意一括とは、自賠責保険だけの対応ではなく、任意保険が対応している場合です。
--

受付日付印

治療状況（治療順）	①	名称		入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険
		所在地		通院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険
	②	名称		入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険
		所在地		通院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険
	③	名称		入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険
		所在地		通院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険
治療見込み （治療終了日）					年 月頃 （ 年 月 日終了）		(注)治療費の支払区分を医療機関に確認して○で囲んでください。 治療が終了しているときは、最終受診日をご記入ください。
休業補償	休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつける) ア 加害者が負担 イ 職場から支給 ウ 自賠償へ請求 エ 社会保険へ傷病手当金 オ その他 （被害者加入の人身傷害保険へ請求など） の請求予定						
示談損害賠償の支状状況	示談又は和解(該当に○をつける) ※示談している場合は、示談書の写しを添付すること した ・ 交渉中 ・ しない(理由) 加害者や損害保険会社からの仮渡金・治療費・付添料などもらった場合や示談・話合いの状況を具体的に記入すること。 【受領日・金額】 月 日 円 【受領したもの名目】 () 月 日 円 () 月 日 円 ()						
交通事故以外の被害行為(飼犬等の咬傷を含む)の場合は、事故発生状況を下欄に具体的に記入して下さい。 ※交通事故の場合はこの欄に記入せず、事故発生状況報告書に記入して下さい。							
(事故発生状況)							

印

事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第	号	当事者	甲 (相手・第三者)	氏名 (電話)		
自動車の番号				乙 (受診者)	氏名 (電話)		運転・同乗 歩行・その他
天候	晴・曇・雨・雪・霧		交通状況	混雑・普通・閑散		明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
道路状況	舗装 ☐ してある ☐ してない ☐ ・ 歩道(両・片) ☐ ある ☐ ない ☐ ・ 直線 ☐ カーブ ☐ 平坦 ☐ 坂 ☐ 見通し ☐ 良い ☐ 悪い ☐ ・ 積雪路 ☐ 凍結路 ☐						
信号又は標識	信号 ☐ ある ☐ ない ☐ 自車側信号(青・赤・) ☐ 相手側信号(青・赤・) ☐ 駐停車禁止 ☐ されている ☐ されていない ☐ その他の標識 ☐						
速度	甲車両 km/h(制限速度 km/h)・乙車両 km/h(制限速度 km/h)						
事故現場における自動車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。) 						
	上記図の説明を 書いてください。						

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

年 月 日

報告者 甲との関係()
乙との関係() 氏名 (印)

平和堂健康保険組合

御中

同 意 書

私が加害者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、法令（※）により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、保険者が損害賠償額の支払の請求を加害者又は加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等へ請求し、保険金等を受領したときは、金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、保険者が保険医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

さらに、私が 70 歳代前半の被保険者に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていた場合、当該軽減特例措置によって支給された一部負担金等の一部に相当する額について、国が加害者または加害者の加入する損害保険会社等に請求を行うこと、国が保険者に損害賠償額の支払の請求及び受領を委任すること並びに国から委任を受けた保険者が当該金額についての請求事務及び受領代行を外部機関に委託することについても同意します。

その上で、保険者が損害保険会社等から受領した金銭と被保険者が返還すべき額を相殺することに同意します。

また、保険者が保険給付又は損害賠償請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること、保険給付後の傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還することに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は、必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、速やかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

年 月 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所

氏名

(印)

（※）各保険における根拠法令は次のとおりです。

健康保険：健康保険法第 57 条、船員保険：船員保険法第 45 条、国民健康保険：国民健康保険法第 64 条 1 項、後期高齢者医療：
高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条 1 項

損害賠償金納付確約書・念書

(受診者氏名)

年 月 日 _____ に傷害を負わ

せましたが、この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付価格の限度において、
平和堂健康保険組合が代位取得し、平和堂健康保険組合から損害賠償金（保険
給付）の請求を受けたときは、私の過失割合の範囲において納付することを確
約しますので、保険給付してください。

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で、
平和堂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
確約します。

年 月 日

損害賠償支払義務者（未成年の場合は親権者）

住所

氏名 ⑩

Tel ()

平和堂健康保険組合 理事長 殿

【本件についてのご意見】 ※ご意見があればご記入ください。

.....

.....

.....

人身事故証明書入手不能理由書

(表面)

■ 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 ※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。	● 受傷が軽微で、検査通院のみ(予定を含む)であったため ● 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 ● 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 ● 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】		
	● 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	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	年 月 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、発行日時、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を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。	
● 当事者 ● 目撃者 ● 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、自賠責保険に請求(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□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	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他()	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
年 月 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他()	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
年 月 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他()	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 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

(物損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		年 月 日 午前 午後 時 分 頃 天候			
発生場所					
当事者	甲	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	年 月 日 () 才	
		自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号	第 号	
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
	乙	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	年 月 日 () 才	
		自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号	第 号	
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
	丙	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	年 月 日 () 才	
		自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号	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	年 月 日 () 才	
		自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号	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	年 月 日 () 才	
		自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号	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。