

第三者行為による傷病届 提出時における注意事項

交通事故等、第三者の行為による傷病でも健康保険を使用することは可能ですが、次の内容をご理解頂きますよう、お願い申し上げます。

なお、通勤途中や仕事での事故の場合は労災保険の適用となるため健康保険は使用できません。治療の際は医師へ、通勤途中、仕事での傷病であることを申し出、会社の労災担当者にも速やかに申し出ください。

【第三者行為届等の提出】

当健保の被保険者及び被扶養者(以下:被保険者等)が第三者による傷病で健康保険を使用する場合は、当健保へ速やかに事故発生状況等を報告することが義務付けられておりますので速やかに当健保へ提出頂きますようお願いいたします。(健康保険法施行規則第65条)

自分もしくは相手方が任意保険に加入していると、「第三者行為による傷病届」の作成・提出について損害保険会社からサポートを受けられる場合があります。損害保険会社にお問い合わせください。

【交通事故証明書について】

交通事故証明書は「人身事故」扱いの証明書(原本)が必要になります。自動車安全運転センターへの申請が必要になりますので、詳しくは最寄りのセンター事務所または警察署にご確認ください。ただし、任意保険で取得している場合は任意保険会社が原本証明した交通事故証明書でも可。なお、「人身事故」扱いでない証明書の場合、別途「人身事故証明書入手不能理由書」も併せてご提出ください。

【示談について】

被保険者等が不用意に示談をして損害賠償請求権の全部または一部を免除すると、その内容によっては、その後の保険給付が受けられなくなることもあり、また既に賠償金等を受け取り、保険給付を受ける権利がなくなった後に治療された場合、後日治療費等を返還していただく場合がありますので、示談の前には当健保へご連絡ください。

※届出書に出てくる「加害者」とは書類上、過失割合に関わらず事故の相手方を「加害者」とします。

※治療が終わりましたら、恐れ入りますが当健保までご連絡ください。

※「第三者行為による傷病届」およびそれに添付された届出により知り得た個人情報健康保険の事務処理に限定して使用し、他の目的には一切使用いたしません。

《必要書類》

- ① 第三者行為による傷病届(A4サイズ 2枚)
- ② 事故発生状況報告書(A4サイズ 1枚)※交通事故の場合
- ③ 負傷原因届(A4サイズ 1枚)※交通事故以外の場合
- ④ 念書兼同意書(A4サイズ 1枚)
- ⑤ 誓約書(A4サイズ 1枚)
- ⑥ 交通事故証明書※交通事故の場合(原本)
- ⑦ 示談書(写)すでに示談しているとき

《提出先・問い合わせ先》

〒424-0924
静岡県清水区清開1-4-10
フジ日本健康保険組合
電話 054-335-4046

健康保険

第三者行為による傷病届

被害者	被 保 険 者	記号	フリガナ			
		番号	氏 名	S・H・R 年 月 日生 (才)		
	現 住 所	〒 -			TEL ()	
	被保険者が勤務している事業所	名 称				
所 在 地						
被扶養者が被害者であるとき	フリガナ				続 柄	
	氏 名	S・H・R 年 月 日生 (才)				

事故相手	加 害 者	フリガナ				
		氏 名	S・H・R 年 月 日生 (才)			
		現住所	〒 -			TEL ()
	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			損害の程度	全治 月	
	事故発生日・場所	事 故 日 時	R 年 月 日 ()		午前 午後 : 頃	
		場 所				
		事故のあった日は	出勤日・休日 (定休日・休暇含む) ・その他 ()			
		時間帯は	出勤途中・勤務時間中・退勤途中・私用・その他 ()			
	事故の状況	被保険者又は被扶養者	自動車・バイク・自転車・歩行者		交通事故以外	
		加害者 (事故相手)	自動車・バイク・自転車・歩行者			
	所轄警察署	警察に届出済・届出なし・不明 *注1		届出署	警察署	
過失の度合 (わかる範囲で)	自分 (被害者) の過失	0. 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. 90. 100 (%)				

示談状況	示談は成立していますか	成立している	R 年 月 日 成 立	
		成立していない・交渉中	R 年 月 日 現 在	
	成立していない場合はその理由			
請求権を放棄した場合	R 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。

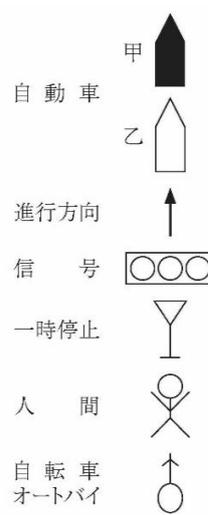
加害者の賠償保険加入状況	自動車保険	自賠責保険	保険会社名			
			所在地	〒 - TEL ()		
			契約期間	年 月 日～ 年 月 日	フリガナ	
			証明書番号		契約者	
	任意保険	任意保険	保険会社名			
			所在地	〒 - TEL ()		
			契約期間	年 月 日～ 年 月 日	任意一括	有 ・ 無
			契約証書番号		*注2	
	個人賠償責任保険等	個人賠償責任保険等	保険会社名			
			所在地	〒 - TEL ()		
			契約期間	年 月 日～ 年 月 日	フリガナ	
			契約証書番号		契約者	
被害者の人身傷害保険		加入の有無	あり ・ なし	保険会社名	担当者	
				TEL ()		

治療状況	①	医療機関	名称			
			所在地	〒 - TEL ()		
		治療期間	入院	年 月 日から	年 月 日まで	
			通院	年 月 日から	年 月 日まで	
	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 ()				
	②	医療機関	名称			
			所在地	〒 - TEL ()		
		治療期間	入院	年 月 日から	年 月 日まで	
			通院	年 月 日から	年 月 日まで	
	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 ()				
	後遺症	ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み ・ 不明				
	治癒見込み (治療終了日)	年 月頃 (年 月 日終了) ※治療が終了している場合は最終受診日				
現在の状況	年 月 日現在 入院中・通院加療中・治癒・中止					

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	年 月 日 受領		
分割 ()回払い		1回目	円 R	年 月 日受領	
		2回目	円 R	年 月 日受領	
	3回目	円 R	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。

事故発生状況報告書

甲 (相手・第三者)	氏名	乙 (受診者)	氏名	運転・同乗 歩行・その他
警察の立会	有 ・ 無		交通状況	混雑・普通・閑散
天候	晴れ・曇り・雨・雪・霧		明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
道路状況	見通し 良 ・ 悪	形状①	直線・カーブ	形状② 平坦・坂
速度	甲車両 km/h(制限速度 km/h)	乙車両	km/h(制限速度 km/h)	
信号	信号の有無 有 ・ 無	信号の色	乙からみて(青・赤・黄)	
標識	一時停止標識 有 ・ 無	駐停車禁止	有 ・ 無	その他の標識()
事故発生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				

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 ()

氏名 _____ (印)

念書 兼 同意書

事故発生日 令和 年 月 日

事故発生場所

被害者名

加害者名

- 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。

令和 年 月 日

被保険者 住 所

氏 名

⑩

電話番号

被扶養者 住 所

氏 名

⑩

電話番号

誓約書

_____を第三者行為傷病届の事由により負傷させました。
この事故に要する費用(医療費その他保険給付費等)は過失の割合に応じて責任を
もって返納することを誓約します。

令和 年 月 日

加害者 氏 名 ⑩
(氏名を本人自ら署名した場合は押印不要)

(備考欄)

加害者に記入・捺印をいただけない場合はその理由をご記入ください。

令和 年 月 日

被保険者 氏 名