

## 「第三者の行為による傷病届」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（同乗事故、自転車と歩行者等も含む）、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、その治療を健康保険で受けた場合、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求償します。

### 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求償する際、必要な診療報酬明細書（レセプト）の写しを添付することに、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。（個人への求償に際しては、レセプトの写しの添付はいたしません。）

### 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、健康保険法規則第65条により義務づけられています。

### 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） 警察の事故証明（人身事故）
- （ロ） 念書（加害者が当健保組合で立替えた費用を必ず支払う旨の）
- （ハ） 誓約書（被保険者が当健保組合に連絡なく示談をしない旨の）
- （ニ） 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）
- （ホ） 貸与証明書（加害者の車輛が他人名義の場合）
- （ヘ） 示談をしているとき、また、したときは示談書の写し
- （ト） その他

### 6. 示談について

事故後すぐに、あるいは治療継続中に示談をしてしまいます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場合がありますから、示談する場合は必ず当健保組合に連絡のうえ、承諾を得てから行うようにしてください。

なお、ご不明の点または質問がありましたら、下記に文書または電話でご連絡ください。

〒101-8304

東京都千代田区神田駿河台1-7

出版健康保険組合

業務部 審査課

Tel.03(3292)5007（審査課直通）

## 誓 約 書

平成 年 月 日 ( ) において 加害者 ( ) の加害行為により 被害者 ( ) の被った保険事故について、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 条の規定によって貴健康保険組合が負担した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異議のないこと、治療終了等により貴健康保険組合が自賠責保険等に求償する際、必要な診療報酬明細書等の写しを添付することに同意することを、ここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

- 1 加害者と示談を行おうとする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。

平成 年 月 日

被保険者 住所

氏名

Ⓔ

電話番号

被扶養者 住所

氏名

Ⓔ

電話番号

出版健康保険組合 理事長 殿

※被扶養者が被害者の場合は被扶養者欄にも記入押印してください。

(加害者用)

# 念 書

(事故発生場所)

わたくしは、平成 年 月 日 において生じた事故・傷害により、被害者（ ）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、貴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。

平成 年 月 日

住所

氏名

電話番号

連帯保証人

住所

氏名

電話番号

出版健康保険組合 理事長 殿

(様式第1号)

決議書	起案	平成 年 月 日	決裁	平成 年 月 日
	常務理事	事務局長	事務局次長	部長
			次長	審査課

健康保険 第三者の行為による傷病届

被害者	被保険者	記号	フリガナ	氏名		印
		番号		生年月日	昭・平 年 月 日 ( 歳)	
	現住所	〒 - TEL - -				
	被保険者が勤務している事業所(連絡先)	名称	所在地	〒 - TEL - -		
被害者	被扶養者が被害者であるとき	フリガナ	氏名	被保険者との続柄		
			生年月日	昭・平 年 月 日 ( 歳)		
加害者	加害者	フリガナ	氏名	生年月日	大昭平 年 月 日 ( 歳)	
			現住所	〒 - TEL - -		
	加害者の勤務先	名称または氏名	所在地または住所	事業内容または職業	〒 - TEL - -	
加害者の住所氏名がわからないとき	その理由					
事故内容	傷病名			発生年月日	平成 年 月 日 ( )	午前・後 時 分頃
	発生の場所					
	種別	交通事故(自動車・バイク・自転車・歩行者)・暴力行為・その他( )				
	事故結果	即死・入院直後の死亡(死亡 年 月 日)・治療(検査)入院中の死亡				
警察官の立ち会い	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない					
所轄署	警察署 派出所					
治療状況	医療機関	名称				
		所在地	〒 - TEL - -			
	治療を始めた日	平成 年 月 日から(入院 自 月 日 至 月 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				
治療代の支払方法	健康保険・被害者負担・加害者負担・その他( )					

記載上の注意 該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。  
 ※届書の氏名を本人自ら署名した場合は押印不要です。

① 事故発生の詳細な状況	<p>(業務上・通勤途中・私用)</p>																										
	天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼・夜・明け方・夕方																					
② 事故発生現場の見取図	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	平旦・坂 見通し 悪い																					
	信号または標識	信号	一時停止	駐停車禁止	その他標識																						
	速度	自車両 km/h (制限速度 km/h)	相手車両 km/h (制限速度 km/h)																								
	道路幅をmで記入(片側 車線)																										
<table border="0"> <tr> <td>表示符号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>自 車</td> <td>▲</td> </tr> <tr> <td>相 手 車</td> <td>□</td> </tr> <tr> <td>進 行 方 向</td> <td>↑</td> </tr> <tr> <td>信 号</td> <td>∞</td> </tr> <tr> <td>一 時 停 止</td> <td>▽</td> </tr> <tr> <td>人 間</td> <td>♀</td> </tr> <tr> <td>自 転 車</td> <td rowspan="2">⦿</td> </tr> <tr> <td>オ ー ト バ イ</td> </tr> <tr> <td>横 断 歩 道</td> <td>≡</td> </tr> <tr> <td>接 触 点</td> <td>×</td> </tr> </table>							表示符号		自 車	▲	相 手 車	□	進 行 方 向	↑	信 号	∞	一 時 停 止	▽	人 間	♀	自 転 車	⦿	オ ー ト バ イ	横 断 歩 道	≡	接 触 点	×
表示符号																											
自 車	▲																										
相 手 車	□																										
進 行 方 向	↑																										
信 号	∞																										
一 時 停 止	▽																										
人 間	♀																										
自 転 車	⦿																										
オ ー ト バ イ																											
横 断 歩 道	≡																										
接 触 点	×																										

記載上の注意 ①欄は第三者の行為によって生じた事故について第三者(相手方)の行動および被害者の行動をできるだけわかり易く、順序を追って記載し、事故の場所に居合せない者が読んでもその時の状況が明瞭に判断できるように記載してください。②欄は事故発生場所の見取図を記載し、かつ被害者と加害者との行動を赤点線で表示してください。

加害者の自動車保険加入状況	自賠責保険	契約の有無及び期間	している(平成 年 月 日~ 年 月 日)・していない				
		加入証明記号番号	第 号	契約者名			
		契約保険会社					
		管轄店 (所在地・連絡先)	店名	担当者名			
			〒 -	電話	- -		
		任意保険	契約期間	している(平成 年 月 日~ 年 月 日)・していない			
			証券記号番号	契約者名			
			契約保険会社				
示談状況		示談が成立していますか	いる 平成 年 月 日 いない・交渉中 平成 年 月 日 現在				
		成立していない理由					
		請求権を放棄した	平成 年 月 日	理由			
損害賠償の請求および支払状況		自動車事故のとき保険会社の賠償金の受領	した ・ しない ・ 請求中(請求者名 )				
		加害者に対する損害賠償の請求	した(平成 年 月 日 口頭・文書)				
			していない(理由 )				
	第三者(加害者)から損害賠償をうけたとき		加害者直接賠償・保険会社からの賠償・その他( )				
			内 訳				
			種 別	金 額	受領年月日	備 考	
			治療費(入院費を含む)	円			
			休業補償費			自 平成 年 月 日 日分 至 平成 年 月 日 日分	
			葬 祭 費				
			慰 謝 料				
		見 舞 金					
		障 害 補 償 費					
		合 計					