届出書を作成する前に必ずお読みください

＜第三者行為による傷病届を提出するにあたっての注意事項について＞

～交通事故の場合、健康保険の給付を受けるには～

交通事故で健康保険の給付を受けるには、事故以外の理由で受診する場合とは異なり、無条件、無制限という訳ではなく、次のような内容をご理解いただき、健康保険をご使用ください。

※なお、通勤途中や仕事中の交通事故の時は、通勤・労働災害となりますので健康保険は使用できません。
健康保険を使用して受診された場合は組合までご連絡ください。

(1)第三者行為届出の提出（被保険者の届出義務　施行規則第65条）

交通事故の場合でも医師の診療・治療は受けられますが、健康保険を使用する際は保険者(関東百貨店健康保険組合)に速やかに事故発生状況等を報告することが義務づけられており、これを第三者行為届といいます。

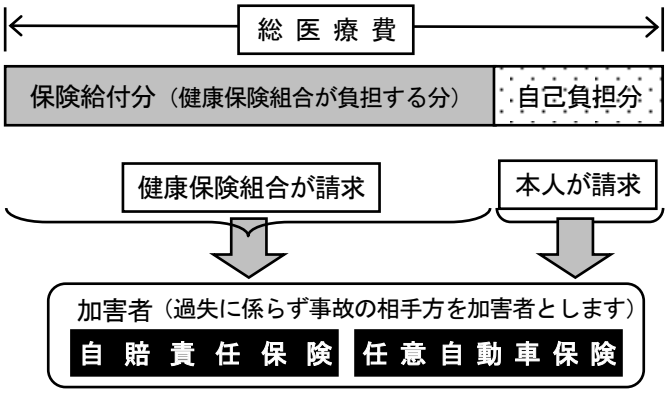
保険者はこの届出を調査し、過失相当分の損害賠償請求権を事故の相手方に対して具体的に行使する否かを決定し、保険給付をした価額の限度（健保負担）内で、当組合員が事故の相手に対して持つ損害賠償請求権を代位取得し、代わりに事故の相手または損害保険会社等に求償することとなります。

◆ 交通事故で健康保険を使用した場合 ◆

保険医療機関の窓口へ健康保険の資格を確認できるもの（マイナ保険証等）を提出すれば、以下の負担割合となります。

対象年齢	自己負担	健保負担
小学生未満	2割	8割
小学生以上 69 歳	3割	7割
70歳以上75歳未満	2割	8割

※70 歳以上 75 歳未満の方で一定以上所得者の自己負担は3割になります。



(2)交通事故証明書について

交通事故証明書は「人身事故」扱いの証明書の原本が必要になります。任意保険の対応がある場合は、任意保険で取得している場合がありますので任意保険担当者へお問い合わせください。また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構いません。

任意保険の対応がない場合は、ご自身で手続きして入手してください。交通事故証明書は、自動車安全運転センターへの申請が必要です。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。

交通事故区分が「人身事故」ではなく「物件事故」扱いの証明書の際は、別途「人身事故証明書入手不能理由書」の提出が必要となりますので、当組合までご連絡ください。

(3)示談について

被保険者（被扶養者）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保険給付を受けることが出来なくなるなどの思わぬ損失を被る場合がありますので、示談内容があなたに不利益にならないよう十分に留意してください。

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頂く場合がありますので、示談される前には当組合にご相談ください。

＊＊＊＊＊＊＊ 書類記入上の注意事項 ＊＊＊＊＊＊＊

注1）自分の過失が大きく加害者であるとしても、第三者の行為による傷病届等の書類上は事故の相手方を加害者としてご記入ください。

注2）法律に基づいた大切な届出です。最後に記入・捺印洩れがないように、必ず確認のうえご提出ください。

治療が終わりましたら、恐れ入りますが組合までご連絡下さい。

℡０３（３８３３）６１４２ 審査課　交通事故担当

健康保険　第三者の行為による傷病届

（１－１）

被害者・加害者関係	被保険者等記号と番号	記号	被保険者氏名	㊞	
		番号	現住所	〒　TEL　（　）	
	被保険者が勤務している事業所（勤務先）	名称			
		所在地	〒　TEL　（　）		
	被扶養者が受けた事故であるとき	氏名		被保険者との続柄	
	加害者（事故の相手方）	氏名		生年月日	昭・平・令　年　月　日
		現住所	〒　TEL　（　）		
	加害者の勤務先	名称			
		所在地	〒　TEL　（　）		
	加害者が不明の場合	その理由			
事故内容	傷病名		発生年月日	令和　年　月　日 午前・午後　時　分頃	
	発生の場所				
	種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・その他（　）			
	警察への届出有無	有：　人身事故・物件事故　［　警察署］			
		無：(理由　)			
	過失の度合（不明の場合未記入）	自分	相手		
		0，1，2，3，4，5，6，7，8，9，10	0，1，2，3，4，5，6，7，8，9，10		

この届に添えて提出する書類	①　交通事故証明書（人身/物件 事故証明書原本） ②　診断書の写し（手元にある場合のみで可） ③　死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書 ④　示談をしているときは示談書の写し

受付日付印

※ 個人情報の取扱いに関して
この届出書により知り得た個人情報は、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。

事故発生状況報告書

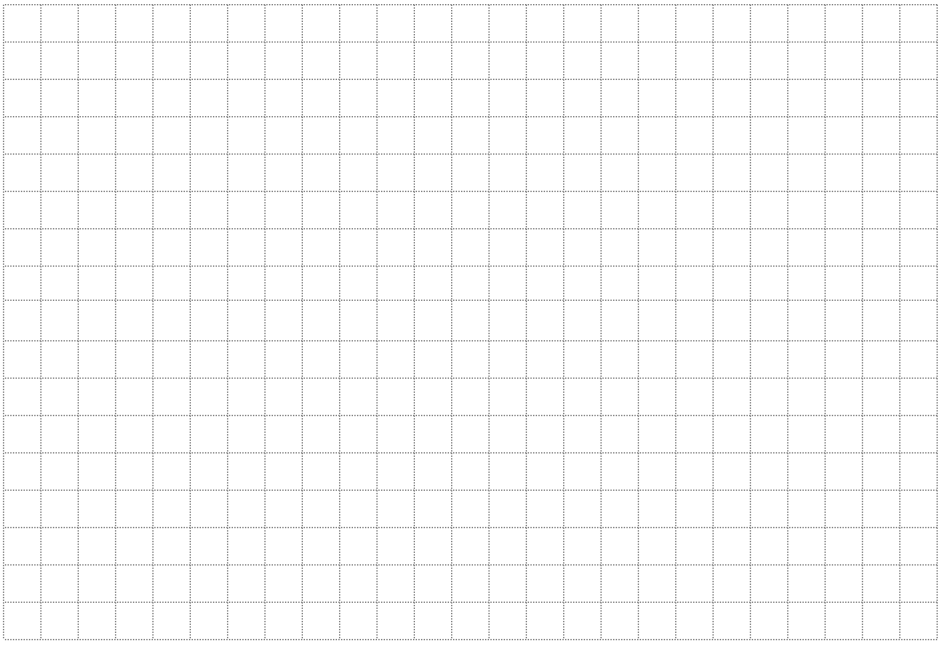
（１－２）

甲(相手・第三者)	氏　名		乙(受診者)	氏　名		運転・歩行・その他 同乗（甲車・甲車以外の車）

信　号 標　識	信号機	ある　　自車側信号（ 青・黄・赤 ） ない　　相手側信号（ 青・黄・赤 ）	一時停止標識	ある ない　　（ 自車側 ・ 相手側 ）
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下さい。

事故発生状況略図(道路幅を m で記入して下さい)



上記図の説明を記入して下さい。

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおり報告いたします。

令和　　年　　月　　日

報告者　甲との関係（　　）

乙との関係（　　）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

治療状況（治療順）	①	病院名		入院	年　月　日から　　年　月　日まで	※支払区分（　　）
		所在地		通院	年　月　日から　　年　月　日まで	※支払区分（　　）
	②	病院名		入院	年　月　日から　　年　月　日まで	※支払区分（　　）
		所在地		通院	年　月　日から　　年　月　日まで	※支払区分（　　）
	③	病院名		入院	年　月　日から　　年　月　日まで	※支払区分（　　）
		所在地		通院	年　月　日から　　年　月　日まで	※支払区分（　　）
	※支払区分：ア　健康保険使用（窓口で支払 **有**）　イ　自費（全額自己負担）　ウ　加害者負担 エ　健康保険使用（窓口で支払 **無**）　（わからない場合は医療機関に確認して下さい）					
	治癒見込み：　令和　　年　　月頃				治療終了日（最終受診日）：令和　年　月　日	

示談の状況・損害賠償の支払状況	・示談又は和解：　令和　　年　　月　　日現在　（　成立した　・　交渉中　）		
	示談・話合いの具体的状況：		
	・示談又は和解をしない（請求権放棄）：理由（　　）		
	加害者や加害者の損害保険会社から、仮渡金・治療費・付添料などを受けた場合下記に記入して下さい ※受けていない場合は、記載不要です		
	賠償金の名目：	円	令和　　年　　月　　日 受領
	賠償金の名目：	円	令和　　年　　月　　日 受領
	賠償金の名目：	円	令和　　年　　月　　日 受領
休業補償	休業（治療）中の休業補償の方法（記号に〇をつけて下さい）※休業しない場合は記載不要です ア　加害者が負担　　イ　職場から支給　　ウ　相手の自賠責へ請求 エ　自分の人身傷害保険へ請求　　オ　健康保険の傷病手当金を請求予定　　オ　その他（　　）		

念　　書

（事故発生年月日）令和　　年　　月　　日、（相手方氏名）　　の行為により（受診者氏名）　　が被った保険事故について、健康保険法による保険給付（治療等）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項の規定によって関東百貨店健康保険組合が保険給付の価額の限度において取得行使し、賠償金を受領されることに異議のないことを、ここに書面をもって申し立てます。

なお、健保組合が損害保険会社等へ医療費等の請求をする際、病名、医療費等が明記されている診療報酬明細書（調剤報酬明細書を含む。）等の写しを活用すること。また損害保険会社等から私が受領した金額並びにその内訳等の各種情報について健保組合へ情報提供することに同意します。

また、あわせて次の事項を尊守することを誓約します。

1．加害者と示談を行う場合は、必ず事前に関東百貨店健康保険組合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．加害者から金品を受けたときは、領収日、金額、内容をもれなく、すみやかに関東百貨店健康保険組合に届出ること。

令和　　年　　月　　日

住　　所

被保険者氏名　　㊞

関東百貨店健康保険組合　殿

健康保険法第57条第1項（損害賠償請求権）

保険者（健康保険組合）は、給付事由が第三者の行為によって生じた場合において、保険給付を行ったときは、その給付の価額（当該保険給付が療養の給付であるときは、当該療養の給付に要する費用の額から当該療養の給付に関し被保険者が負担しなければならない一部負担金に相当する額を控除した額）の限度において保険給付を受ける権利を有する者（当該給付事由が被保険者の被扶養者について生じた場合には、当該被扶養者を含む。）が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得する。

事故の相手の自動車保険加入状況

<table>
<tr><td rowspan="4">自　賠　責　保　険</td><td rowspan="4">有
・
無</td><td>保険会社名</td><td></td><td>保険契約者名
（名義人）</td><td></td><td rowspan="2">関係</td><td>保有者との</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>加害者との</td><td></td></tr>
<tr><td>登 録 番 号</td><td></td><td>車 台 番 号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>自賠責証明書番号</td><td></td><td>保 険 期 間</td><td colspan="3">自　令和　年　月　日
至　令和　年　月　日</td></tr>
<tr><td>自動車の保有者名</td><td colspan="6">（加害者との関係：　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">任　意　保　険</td><td rowspan="4">有
・
無</td><td>保険会社名</td><td></td><td>契約証書番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>取扱店所在地</td><td colspan="2">〒

連絡先：　　（　　）</td><td>保険会社
担当者名</td><td colspan="3">様</td></tr>
<tr><td>保険契約者名</td><td></td><td>保 険 期 間</td><td colspan="3">自　令和　年　月　日
至　令和　年　月　日</td></tr>
</table>

※事故の相手方又は自動車保険会社担当者様にご確認のうえ、必ず記入してください。

氏名　　㊞

人身事故証明書入手不能理由書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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、人身事故の事実に相違ありません。

◯ 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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞ 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。

責任者	担当者

□ 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、人身事故の事実に相違ないことを確認しました。

◆　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：平成・令和　　年　　月　　日 】

〇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			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	昭・平 令　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	昭・平 令　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	昭・平 令　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	昭・平 令　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	昭・平 令　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。