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＞

第三者の行為による負傷で健康保険の給付を受けるには、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。

(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）

第三者の行為による負傷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)に速やかに負傷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。

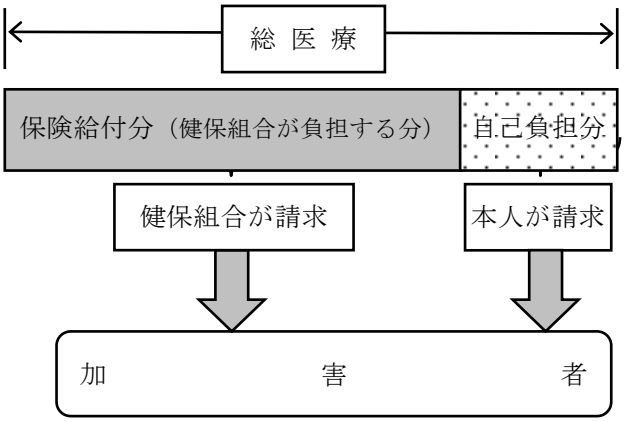
保険者はこの届出を調査し、過失相当分の損害賠償請求権を加害者に対して具体的に行使する否かを決定し、保険給付をした価額の限度（健保負担）内で、当組合員が加害者に対して持つ損害賠償請求権を代位取得し、代わりに加害者に求償することとなります。

◆ 第三者行為による負傷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)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、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　事故担当

健康保険　**第三者の行為による傷病届（交通事故以外）**

（１－１）

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　（　　）			
被扶養者が関係した事故であるとき	氏名		被保険者との続柄		
相手方（わかる範囲で記入してください。）	氏名		生年月日	昭・平・令　年　月　日	
	現住所	〒　　TEL（　　）			
相手方の勤務先（わかる範囲で記入してください。）	名称		事業内容又は職業		
	所在地又は住所	〒　　TEL　（　　）			
相手が不明の場合	その理由				
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	殴打・刺傷・咬傷・その他（　　）				
警察官の立合	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				
過失の度合	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		

※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。

健保受付印

事故発生の状況	相手方の行為によって生じた事故について、相手の行動及び自分自身の行動をわかりやすく、詳しく記入してください。
事故現場の見取図	事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして自分自身と相手方の行動を、赤点線をもって表示してください。

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○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。