

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えます。

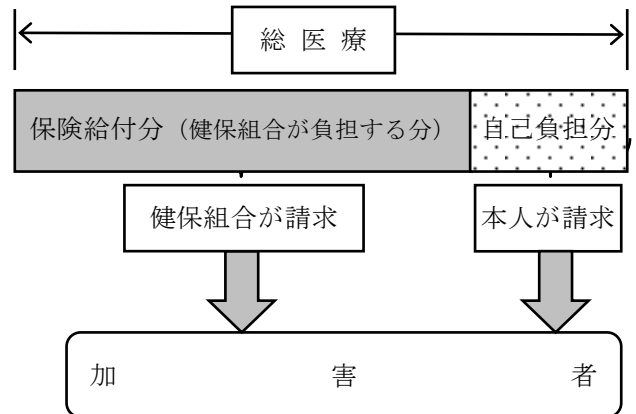
保険者はこの届出を調査し、過失相当分の損害賠償請求権を加害者に対して具体的に行使する否かを決定し、保険給付をした価額の限度(健保負担)内で、当組合員が加害者に対して持つ損害賠償請求権を代位取得し、代わりに加害者に求償することとなります。

◆ 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。

TEL 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）

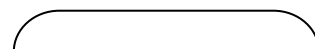
(1-1)

被 保 険 者 等 記 号 と 番 号	記号	被 保 険 者 氏 名	⑩	
	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 時 分頃 午後
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



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遵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 印

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。

任意保険に関する加入状況について（個人賠償保険・ペット保険など）

任意保険 (本人)	有 ・ 無	保険会社名	契約証書番号			
		取扱店所在地	〒 連絡先 ()		保険会社 担当者名	様
		保険契約者名	保 険 期 間	自 平成・令和	年 月 日	至 平成・令和
任意保険 (相手方)	有 ・ 無	保険会社名	契約証書番号			
		取扱店所在地	〒 連絡先: ()		保険会社 担当者名	様
		保険契約者名	保 険 期 間	自 平成・令和	年 月 日	至 平成・令和

※保険に加入がある場合はご記入をお願いします。加害者にもご確認ください。

氏名

印