

「第三者行為による傷病届」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（同乗中、自転車や歩行者等の事故も含む）、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。なお、業務上の理由で負傷した場合や通勤・退勤途中で負傷した場合は労働災害（通勤災害）となり、労働保険から治療費が給付されますので健康保険は使用することができません。

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、その治療を保険診療で受けた場合、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請求します。

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請求する際、必要な診療報酬明細書（レセプト）の写し等を添付することに、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。（加害者個人への請求の場合は、添付いたしません。）

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、健康保険法施行規則第 65 条により義務づけられています。提出なき場合は健康保険からの給付費等を制限する場合があります。

5. 傷病届の提出の際、次の書類を必ず添付してください

(イ) 事故発生状況報告書

(ロ) 警察の交通事故証明書

※事故種別欄が「物損事故」の場合、別途「人身事故入手不能理由書」を提出いただく場合がございます。

(ハ) 誓約書（加害者が当健保組合で立替えた費用を必ず支払う旨の）

※相手方加入の保険会社の記載でも可

※加害者に記載してもらえない場合は未添付でも可

(ニ) 念書兼同意書（被保険者、被扶養者記載用）

(ホ) 示談をしているとき、また、したときは示談書の写し

6. 示談について

事故発生後すぐに、あるいは治療継続中に示談をする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ことがございますので、示談する場合は必ず当健保組合にご連絡ください。なお、ご不明の点または質問等ございましたら、下記に文書または電話でご連絡ください。

念書 兼 同意書

事故発生日	平成・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

(加害者用)

誓約書

(事故発生場所)

私は、平成・令和 年 月 日 _____ において生じた第三者行為の事故・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、愛知県医療健康保険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。また、自動車賠償責任保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合で、愛知県医療健康保険組合が私に請求したときは、損害賠償に応じることをあわせて誓約いたします。

令和 年 月 日

(加害者)

住 所

氏 名

電話番号

㊞

(連帯保証人)

住 所

氏 名

電話番号

加害者との関係 ()

㊞

愛知県医療健康保険組合 理事長 殿

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てください。

(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。)

<p style="text-align: center;">理由</p> <p>※ 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。</p>	<p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため</p> <p><input type="radio"/> 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</p> <p><input type="radio"/> 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</p> <p><input type="radio"/> 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">【理由】</div> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">【理由】</div>				
<p>◆ 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。</p>					
届出警察	<p style="text-align: center;">警察 担当官 (判明している場合)</p>	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、関係者の署名もしくは記名押印をお願いします。

<p>◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。</p>	
<p><input type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他 ()</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	<p>住所 〒 _____ 記入日 年 月 日</p> <hr/> <p>氏名 _____</p> <p>電話 () _____</p>

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求（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) 該当する口のすべてに✓する。

- 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、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆ その他・特記事項 ()		

【 事案情報 被害者名： _____ 事故日： _____ 年 月 日 】

○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	年月日()才	
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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	年月日()才	
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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	年月日()才	
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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	年月日()才	
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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	年月日()才		
	自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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。