

第三者の行為による傷病届の提出について

交通事故等、第三者の行為により負傷し、健康保険を使用して保険医療機関を受診する場合は、別添「第三者の行為による傷病届」等を速やかにご提出いただくこととなっております。

下記の事項にご留意のうえ、至急ご提出願います。

記

1. 自動車事故の場合は、交通事故証明書（原本）を添付してください。（自損事故・加害者不明の場合も含む）。
2. 交通事故の場合は、「事故発生状況報告書」を正しく詳細にご記入していただき、報告者の氏名、甲・乙との関係、捺印についても漏れのないようお願いいたします。
3. 「自動車損害賠償保険契約等の内容について」は、加害者から聞いてご記入ください。
4. 「診断書」は、保険医療機関作成のもの写しでも結構です。
5. 「念書兼同意書」は、よくお読みいただきご記入、捺印願います。

なお、ご不明な点がございましたら、当健康保険組合までお尋ねください。

健康保険 第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その1)

被害者・加害者関係	被保険者の	記号		氏名				
		番号		現住所				
	被害者が勤務している事業所	名称						
		所在地	TEL ()					
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名		被保険者との続柄				
	加害者	氏名		生年月日	大	昭	平	令
		現住所	年 月 日					
加害者の勤務先	名称又は氏名		事業内容又は職業					
	所在地又は住所	TEL ()						
加害者の住所氏名が判らないとき	その理由							
事故内容	傷病名		発生年月日	年	月	日		
	発生の場所							
	種別	自動車事故・バイク事故・殴打刺傷・自転車・その他 ()						
	事故結果	即死・入院直後の死亡 (死亡 年 月 日) ・治療入院中の死亡						
	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	自分がなんぶ	相手がなんぶ					
0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10						

※該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

この届に添えて提出する書類	自動車事故のときは	1 自動車事故証明書 2 事故発生状況報告書 3 診断書 4 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書 5 念書兼同意書
		6 示談をしているときは示談書の写

令和 年 月 日提出
 受付日付印

※自動車事故であって「事故発生状況報告書」をこの届に添えて提出するときは、この頁に記入する必要はありません。

事 故 発 生 の 状 況	加害者の行為によって生じた事故について加害者の行動および被害者の行動をわかりやすく、くわ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。そして被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示してください。

加害者の加入自動車	責任保険加入の有無	ある・ない		保険契約期間	自	年	月	日	
	保険加入証明記号番号	第	号	契約者氏名	至	年	月	日	
	契約保険会社	名称							
所在地		Tel ()							
示談状況	示談が成立	年 月 日							
	交渉中 成立していない	年 月 日 現在		示談が成立して いない理由					
	請求権を放棄した	年 月 日		放棄した理由					
損害賠償の請求および支払状況	自動車事故のとき 保険会社から賠償金の受領は	した(請求者名)・しない・請求中							
	加害者に対する 損害賠償の請求	していない・した		年 月 日	治療費 円 休業補償 円 その他 円				
				口頭・文書					
	第三者(加害者)から損害賠償を受けたとき	損害賠償の種類	加害者直接賠償 ・ 保険会社からの賠償						
		賠償金の内訳	治療費 (入院費を含む)						円
			休業補償費	自	年	月	日	1日につき	円
				至	年	月	日	計	円
			葬祭費						円
			慰籍料						円
			見舞金						円
傷害補償費								円	
その他						円			
	合計						円		
受領方法 および年月日	全額	年 月 日 受領							
	分割 (回払)	第1回	円					年 月 日 受領	
		第2回	円					年 月 日 受領	
		第3回	円					年 月 日 受領	

治療状況	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた・うけない		
	医療機関	名称			
		所在地	〒()		
	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他()			
	治療開始	年 月 日 入院・通院			
	転帰	(年 月 日現在) 現在入院中・通院加療中・治癒・中止			
	入院治療期間	入院自	年 月 日	～至	年 月 日
		通院自	年 月 日	～至	年 月 日
後遺症	ある・ある見込・ない・ない見込				
治療見込	年 月 日から 約 日 ぐらい				

◇

この欄は記入する必要ありません

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支給年月日	備 考
療養の給付	円	自 _____ 日間 至 _____		
療 養 費	円	マッサージ、コルセット 柔道整復施術、輸血		
傷病手当金	円	自 _____ 日間 至 _____		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

民間放送健康保険組合

事故発生状況報告書

保険証明書 番号	第	号	当 事 者	甲(加害運転者)	氏名 (電話)	
自動車の 番号				乙(被害者)	氏名 (電話)	運転・同乗 歩行・その他
交通状況	混雑・普通・閑散		天候	晴・曇・雨・雪・霧	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
道路状況	・舗装 してある / してない ・平坦 / 坂		・歩道(両・片) ある / ない ・見通し 良い / 悪い		・直線 / カーブ ・積雪路 / 凍結路	
信号 又は 標識	・信号 ある / ない		・駐停車禁止 されている / されていない		・その他標識	
速度	甲車両	km/h(制限速度	km/h)	乙車両	km/h(制限速度	km/h)
事故現場に於ける自動車と被害者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。) <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 自動車 相手車 進行方向 信号 一時停止 人間 自転車 オートバイ </div>					
下さい 上記図の説明を書いて	(Blank area for explanation of the diagram)					

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ()
 乙との関係 ()

(印)

自動車損害賠償保険契約等の内容について

保険の種類		自 賠 責 保 険			任 意 保 険				
契約内容									
自動車保険証明番号		第 号			第 号				
保 險 会 社 名 又 は 共 済 組 合 名									
保 險 契 約 者	住 所								
	氏 名								
	種 別		県別			県別			
自 動 車 の	登 録 車 号 両 番 号								
	車 台 号 番 号								
保 險 契 約 期 間		自	年	月	日	自	年	月	日
		至	年	月	日	至	年	月	日
車 両 保 有 者	住 所								
		連絡先 ()			連絡先 ()				
	氏 名								
損 害 賠 償 金 支 払 請 求 店	所 在 地	〒			〒				
	名 称 と 担 当 課								
	担 当 者 名								
	電 話	()			()				

診 断 書

住 所					
傷 病 者	-----				
氏 名	男 女	昭和 平成 令和	年 月 日	生 (歳)	
病名及び態様					
後遺障害の有無について (次の不要のものを抹消して下さい。なお、下記注を参照のこと。)	有 り ・ な し ・ 未 定				
入院治療	日間	自	年 月 日	至	年 月 日
				を要す	治療継続中
通院治療	日間	自	年 月 日	至	年 月 日
(内治療実日数 日)				を要す	治癒・見込 治 癒
附添看護を	要 す / 要せず	理由			
自	年 月 日				
至	年 月 日	日間			

上記の通り診断します。

令和 年 月 日

所在地

名称

医師氏名

㊞

- 注 1. 後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社並びに査定事務所に備付けてあります。）をご作成願います。
2. この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用下さい。なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

念書兼同意書

事故発生日 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

印

電話番号

被扶養者 住 所

氏 名

印

電話番号

民間放送健康保険組合 理事長 殿

民間放送健康保険組合

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。)

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。	<input type="checkbox"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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】（ ）
	<input type="checkbox"/> 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	(判明している場合) 警察 担当官 届出年月日 年 月 日

■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、人身事故の事実には相違ありません。	
<input type="checkbox"/> 当事者	住所 〒 記入日： 年 月 日
<input type="checkbox"/> 目撃者	氏名 (印)
<input type="checkbox"/> その他 ()	電話 ()
※該当する項目に ✓印をしてください	

(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□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】

- ・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、この用紙の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。
- ・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	大・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	大・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	大・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	大・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	大・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。