

「第三者の行為による傷病届」について

届出上の注意

1. この届は本人又は家族が、第三者の不法行為(交通事故等)で負傷し、健康保険証を使って治療を受けることとなったときに提出してください。
届出は義務となっております。(自賠責保険での受診や自費診療の場合、提出は不要です)
2. 業務中(仕事中の運転や歩行)や通勤の行き帰りに起きた交通事故等は、被害者、加害者、自損単独事故にかかわらず健康保険での治療は出来ませんから必ず医師に申し出てください。
(自動車損害賠償責任保険、又は労災保険になります)
3. この届を出して健康保険で治療を、また傷病手当金等を受給したときは、その給付の限度額において保険者(健康保険組合)が加害者や損害賠償保険会社等に対して損害賠償請求権を代位取得することとなります。〔根拠条文:健康保険法第57条〕

添付書類

- ①交通事故証明書 ※
- ②交通事故発生状況報告書
- ③示談書(解決済みの場合)
- ④誓約書(加害者用)

※**交通事故の場合は事故証明書(人身事故)の原本を必ず添付して下さい。**

§ 郵送で取りつける方法

最寄りの交番で事故証明書交付申請書に必要事項を記入し1通につき手数料600円と郵便振替払込手数料を添え郵便局から申し込みますと、後日指定の住所に郵送されます。

§ 自動車安全運転センターの窓口で受け取る方法

最寄りの自動車安全運転センターの窓口で交付申請書を記入し、手数料600円を添えて受け取る。

届出後の留意点

この届出後、次のようなときは必ず健康保険組合へお知らせください。

1. 示談を行おうとするとき。

※健康保険組合が加害者に対して有する損害賠償請求権は、あなたが保険給付を受けたつど自動的に移転していますから、後日、当事者間で示談を成立させた場合でも、すでに保険給付を受けたものについては示談の対象外となります。

2. 負傷した病気が治ったとき。
3. 届出後に治療費・見舞金・保険金等を受領したとき。

提出先 ・ 問合せ先

全日本理美容健康保険組合 給付課

〒103-0011

東京都中央区日本橋大伝馬町1-7

日本橋ノースプレイス4F

TEL 03-6661-6106

第三者行為による傷病届

受付印

全日本理美容健康保険組合 理事長 殿

※この届書には届書末尾に記載の添付書類が必ず必要となります。

健康保険証の記号番号		記号	番号	負傷原因届 (回答票) 添付の有・無	
1	被保険者 (被害者) の				
氏名	Ⓜ	生年月日	昭和 平成	年	月 日
住所	TEL ()				
勤務先名称	TEL ()				
勤務先所在地					
2	被害者が被扶養者 (家族) のときはその				
氏名		続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
3	第三者 (加害者) の				
氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
住所	TEL ()				
勤務先名称	TEL ()				
勤務先所在地					
4	第三者 (加害者) が未成年または責任無能力者の場合は、親権者または監督義務者の				
氏名		生年月日	昭和 平成	年	月 日
住所	TEL ()				
勤務先名称					
勤務先所在地					
5	第三者 (加害者) が不明の場合はその理由				

6	事故の内容							
発生日時	平成・令和		年	月	日 (曜日)	午前 午後	時	分頃
発生場所								
事故の種類	自動車事故・バイク事故・自転車事故 ⇒ 事故発生状況報告書 (表面) へ記入							
	殴打 ・ 刺傷 ・ その他事故 ⇒ 事故発生状況報告書 (裏面) へ記入							
警察への届出の有無	届出済み (署) ・ 未届け (理由)							
事故の責任は、どちらになんぶずつあると思いますか	自分が悪い場合			相手が悪い場合				
	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			1・2・3・4・5・6・7・8・9・10				
どんな用件で	被害者 (あなた)			加害者 (相手方)				
	勤務中・通勤途上・私用・その他			勤務中・通勤途上・私用・その他				
7	自賠責保険 (加害者の自動車について記入)						(自賠責保険証明書の写を提出したときは記入の必要はありません)	
保険証明書番号				自動車ナンバー				
車台番号								
契約保険会社	名称	TEL						
	所在地							
保険契約者	住所				保有者	住所		
	氏名					氏名		
運転者 (加害者)				保険期間	年	月	日から	
					年	月	日まで	
					ヶ月			
8	任意保険 (加害者の加入する保険について記入)							
加入	有・無	契約保険会社	名称					
一括対応	有・無		所在地	担当	TEL			
証明書番号			保険契約者	氏名				
9	任意保険 (あなたの加入する人身傷害保険で対応している場合)							
契約保険会社			所在地	担当	TEL			

※ 任意一括とは自賠責保険だけの対応ではなく、任意保険会社が対応している場合です。

10		治療を受けた機関等					
①	名称		入院	年 月 日～ 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠・社会保険		
	所在地/TEL		通院	年 月 日～ 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠・社会保険		
②	名称		入院	年 月 日～ 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠・社会保険		
	所在地/TEL		通院	年 月 日～ 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠・社会保険		
③	名称		入院	年 月 日～ 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠・社会保険		
	所在地/TEL		通院	年 月 日～ 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠・社会保険		
治癒経過		令和 年 月 日現在 治癒・診療継続中・中止					
11		示談の経過（当てはまるものに○印をしてください）					
示談成立 令和 年 月 日 (示談書写し添付)		交渉中 令和 年 月 日		請求権放棄 令和 年 月 日			
交渉していない ときはその理由							
請求権を放棄した ときはその理由							
12		損害賠償の請求・受領の状況（当てはまるものに○印をしてください）					
加害者に対する 損害賠償の請求		請求し受領済み（令和 年 月 日 円）					
		請求中・これから請求する・請求しない（理由 ）					
当事者間での過失割合協定の有無		有（過失割合 あなた % 加害者 %）・無					
自動車・バイク事故のとき （加害者加入の自動車 保険への請求及び 受領の現状）		まだ請求していない		理由			
		これからも請求しない		理由			
		請求した		自賠責保険へ 平成 年 月 日頃 任意保険へ			
		賠償金の内訳	種別	請求		受領済	
				期間	金額	期間	金額
			医療費				
			休業補償				
埋葬費							
慰謝料							
雑費							
計							

念書

この届書に記載した保険事故について、健康保険法による給付を受けた場合は、健康保険法第 57 条（代位取得規定）に基づき、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を全日本理美容健康保険組合が給付の価額の限度において取得並びに行使し、かつ賠償金を受領することに異議ありません。

なお、あわせて下記の事項を遵守することを誓約いたします。

記

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって保険者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. 加害者側から金品を受けたときは受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく保険者に届け出ること。
4. 自動車損害賠償責任保険に被害者請求する場合には、必ず前もって保険者にその内容を申し出ること。

令和 年 月 日

被保険者
氏名

㊞

同意書

この届書に記載した保険事故について、保険者が賠償金の支払請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書類に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することについて同意します。併せて、加害者の加入する損害保険会社等の保有する損害賠償に関する情報について保険者が提供を受けることについても同意します。

令和 年 月 日

被害者
氏名

㊞

届出記入上の注意

1. 労災（業務上や通勤途上での事故）に該当する場合は健康保険での給付は受けられません。健康保険証を使用したときは、かかった治療費について返納いただくこととなります。速やかに労働基準監督署にご相談ください。
2. あなたの過失が大きい場合は「加害者」を「相手方」と読み替えてご記入ください。（被害者側に非があったような場合でも、被保険者側は“被害者”の欄に記入してください）
3. 加害者不明の場合は記入できる範囲で、また添付書類についても添付できる範囲で構いません。
4. 念書並びに同意書については必ず署名捺印をしてください。

添付書類について

1. 交通事故証明書……安全運転センターで発行されます。また最寄の警察署、派出所でも「交通事故証明書交付申請書」が備えられておりますのでお問い合わせください。
※交通事故（車・バイク）以外の自転車・殴打事件等では添付不要です。
2. 事故発生状況書……事故の状況を詳しく記入してください。なお、報告者の記入漏れがないようお願いいたします。
3. 誓約書（加害者）…相手方に「加害者の方へ」の説明文と共に渡して、記入いただきます。相手方の保険会社による記載でも結構です。
（被保険者側の過失が大きい、係争中、また相手が過失を認めない等の事由で書いてもらえない場合は、その旨を用紙余白に記入してください。）
4. 示談書の写し………示談が既に成立している場合は必ず添付してください。
5. 負傷原因届（回答票）すでに提出済みの場合は添付不要です。

負傷原因届（回答表）

○裏面の記入上方法をお読みのうえ記載してください

負傷した方が記入 （負傷者が未成年の場合は被保険者が記入してください）	健康保険証（カード）の記号番号										
	被保険者氏名										
	被保険者住所	〒	TEL								
	負傷した方	被保険者本人・被扶養者（氏名）									
	傷病名										
	負傷日時	令和	年	月	日	午前・午後	時	ころ			
	負傷場所	1. 会社内 2. 路上 3. 駅構内 4. その他（ ）									
	負傷したときの状況	1. 通勤途中 2. 業務中 3. 勤務の日の休憩中 4. 社用外出中 5. 退勤途中（自宅直行・寄り道等あり） 6. 私用中 7. その他									
	負傷原因 何をしているときにどこをどうしたのですか										
	自動車・バイク事故	1. 第三者による加害行為（相手方判明・不明） ・追突される ・車同士の衝突 ・助手席に同乗 ・はねられる ・その他（ ） 2. 自損行為									
	その他の事故	1. 第三者行為による加害行為（相手方判明・不明） 2. 自損行為									
	通勤経路 ※ 通勤途上での負傷に限り記入してください。	自宅	⇒	徒歩・自転車等 ()	⇒	駅・バス停等 経由地	⇒		⇒		⇒
治療経過	令和	年	月	日	現在	1. 治癒 2. 治療継続中 3. 中止					

※下記欄は業務上および通勤災害の場合のみ事業主が記入してください。

労災加入	有・無	社員総数	名	業務内容
労災確認の有無 (無のときはその理由)	有・無	理由		
上記、本人の申し立てどおり、1. 業務上 2. 通勤災害 に相違ないことを認めます。				
事業所所在地				
事業所名称				
事業主氏名	⑨			

負傷原因届（回答票）について

健康保険においては、業務外による病気やケガを給付の対象としており、業務上での事故や通勤途上での事故および給付制限（犯罪や故意によるもの）に該当するものについては給付は行わないこととなっています。したがって病気やケガの原因がこれらに該当するものでないことを確認するための届出ですので出来るだけ詳しくご記入ください。

記入上の注意

- ア. 該当欄に記載または該当事項に○印をしてください。
- イ. 負傷したときの状況欄の「4. 社用外出中」は、出張中也含まれます。
- ウ. 自動車・バイク事故およびその他事故欄に記載の第三者による加害行為とは、交通事故の他、他人に殴られた・他人の飼い犬にかまれた・ビルの工事現場から物が落ちてきた、というような場合も含まれます。
なお、第三者による加害行為に該当する場合は別に「第三者の行為による傷病届」の提出が必要です。ただし業務上の場合には負傷原因届（回答票）のみの提出となります。
- エ. 業務上ではあっても休憩時間における事故や、通勤途上で寄り道をしたときの事故等業務上外の判断が難しい場合は必ず最寄りの労働基準監督署へ確認したうえでお届けください。
- オ. 業務労災・通勤災害の場合は、負傷原因届（回答票）の下段の事業所記入欄に記入と証明をしてもらってください。
なお、家族の方（被扶養者）でも、勤務している場合、負傷や業務上や通勤途上であれば、被保険者本人と同様に勤務先（パート・アルバイト先）の事業主の証明が必要となります。

事故発生状況報告書 (表面 交通事故の場合)

甲 (加害者運転者)		氏名		乙 (被害者) あなた		氏名	
天 候	晴・雲・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明 暗	昼間・夜間・明け方・夕方		
道路状況		舗装 している していない	歩道 (両・片)	ある ない	直線・カーブ・平坦・坂		
信号または標識		見通し 良い 悪い	積 雪 路	凍 結 路	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)
事故現場に於ける相手とあなたとの状況を图示してください	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい。)						
て 上 記 図 の 説 明 を 書 い だ さい							

別紙「交通事故証明書」に補足して上記の通り報告します。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 ()



事故発生状況報告書 (裏面 交通事故以外の場合)

甲 (加害者)	氏名	乙 (被害者) あなた	氏名	
事故発生 の 状 況	当事者の行動を分かりやすく、詳しくご記入ください。 <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
	事故が発生した場所の見取り図を記入してください。 (当事者の位置や動きも、わかる範囲で記入してください)			
	事故現場 の 見 取 り 図			

※用紙が足りない場合は適宜別紙を使用してください

上記のとおりご報告いたします。

令和 年 月 日

報告者 (甲・乙)



誓約書

令和 年 月 日 (場所) に

において、私の不正行為により (被害者名) の被った傷病について、

健康保険法による保険給付を受けた場合は、加害者である私が責任をもって返還すること

を书面をもって誓約いたします。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

全日本理美容健康保険組合理事長殿

※「誓約書」とともに加害者（相手方）へお渡してください。

加害者の方へ

あなたの行為で負傷した相手が、その治療を健康保険で行った場合、かかった医療費等のうち自己負担分の損害賠償請求権は相手方にありますが、保険者が負担した費用（医療費、傷病手当金、療養費等）の損害賠償請求権は保険者に移転し、後日、健康保険組合から、あなたあてに損害賠償請求が行われます（健康保険法第 57 条）。

今後、以下の点にご留意ください。

①過失割合の決定事項等のため、事前に照会や通知を行います。必ずご覧ください。

②示談金を支払いされても、これが相手方が有する損害賠償請求権のみへの弁済の場合は、保険者が有する損害賠償請求権は消滅しません。示談金を支払う場合は、その内容・内訳をできる限り明確にしてください。

③自動車、バイク事故等で、あなたが任意保険に加入していて、その損害会社が社会保険との交渉を一切代行してくれる場合は、あなたあてには、特に文書等は送付されませんので、予めご了承ください。