

第三者行為（交通事故以外）による負傷で 病院を受診するとき

第三者行為により負傷し、健康保険で治療を受ける場合は、事前に理美けんぽへご連絡のうえ、すみやかに**第三者行為による傷病届などの必要書類**をご提出ください。

届出が必要となる理由

第三者行為により負傷し、健康保険で治療や傷病手当金等を受給したときは、その治療費や休業補償費は加害者が負担すべきものであり、当組合は一時的に費用を立て替えている状態です。

後日、当組合が加害者や保険会社に対して、治療費や休業補償費を請求する際に「第三者行為による傷病届」が必要になりますので、必ずご提出ください。（健康保険法第57条に基づく）

※健康保険を使用したにも関わらず届出が提出されない場合、当組合が加害者または保険会社に治療費を請求できないため、給付を行った価額の限度において治療費や休業補償費を被保険者に請求することとなります。

届出上の注意

◎相手が不明の事件、自身の過失割合が100%の事件の場合も、届出が必要になります。

*加害者が見つかった場合はすみやかに理美けんぽへご連絡ください。

◎自費診療の場合、提出は不要です。

◎業務中・通勤途中に第三者行為が原因でけがや病気をしたときは、労災保険の適用となりますので健康保険は使えません。事業所の担当者に連絡し、労働基準監督署の指導を受けてください。

第三者行為となる事例

- ・他人のペットに噛まれたとき
- ・暴力行為を受けたとき
- ・飲食店で食べたものが原因で食中毒にかかったとき
- ・他者所有の建物等の設備欠陥によりけがをしたとき
- ・スキーやスノーボード中での衝突事故

提出期限：事件発生日以降すみやかに

申請書類：① 第三者行為による傷病届

② 念書兼同意書 ※必ず自署にてご記入、ご捺印ください

③ 誓約書

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。

◎示談を行おうとするとき

*加害者と示談する前に当組合に治療終了日（症状固定を含む）を連絡してください。

*示談の内容によっては、保険者が有する損害賠償請求権が消滅してしまい、当組合は加害者に立て替えた治療費を請求できなくなります。被害者（被保険者）が負担を負うおそれがありますので、示談を結ぶ前に必ずご連絡ください。

◎治療が終了したとき（症状固定を含む）

◎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（交通事故以外）

(被保険者名) 届出者	被保険者記号・番号 / 保険者名		記号 ●●	番号 ●●●	保険者名 全日本理美容健康保険組合	
	届出者情報 ※被保険者の 情報を記入	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏名 ひょう はなこ 美容 華子			生年月日 平成 2 年 5 月 1 日
		住所 / 電話	〒 ●●●-●●●● 東京都●●区▲▲▲▲1-1 BIYOUビル101号室			TEL 090-●●●●-●●●●
		勤務先名 / 電話	ZENNIHON美容室			TEL 03-6661-6106
被害者 (受診者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者の 情報と同じ場合は チェック	ふりがな 氏名 びよう みはな 美容 美花	届出者との関係 長女	生年月日 平成 20 年 5 月 5 日	
	住所 / 電話	☐	同上 被害者が被保険者の場合はこちらにチェックのみ 被害者が被扶養者（家族）場合はご記入ください			
※自分の過失割合が多くなる場合でも自分を加害者として記入してください	(第三者) 加害者	氏名	ふりがな 氏名 りよう いちろう 理容 一郎	第三者（相手方）が2人以上の場合は併記または別紙にご記入ください		
		住所 / 電話	〒 ●●●-●●●● 東京都●●区●●●●2-8	090-●●●●-●●●●		
	保険会社（加害者）	保険会社名 / 保険契約者名	●●●●損害保険 株式会社			ふりがな 氏名 りよう いちろう 理容 一郎
		取扱店所在地 / 電話	〒 ●●●-●●●● 東京都●●区▲▲▲▲2-2			TEL ▲▲-▲▲▲▲-▲▲▲▲
		担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 そんぼ いちろう 損保 一郎	E-mail ●●●●@g mail.com		
		保険契約者名	ふりがな 氏名 りよう いちろう 理容 一郎			
事故発生状況	事故発生日時	令和 5 年 10 月 1 日 午前 / 午後 7 時 30 分頃				
	事故発生場所	●●●公園				
	警察署への届出届	☐ 届出済 ☒ 未届				
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 （※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック） ☒				
被害者の負傷状況	日	☐ 出勤日 ☒ 休日（定休日・休暇を含む） ☐ その他（ ）				
	時間帯	☐ 勤務時間中 ☐ 通勤途上 ☐ 出張中 ☒ 私用 ☐ その他（ ） （パート・アルバイト含む）				
	場所	☐ 会社内 ☐ 道路上 ☐ 自宅 ☒ その他（ ●●●公園 ）				
事故発生 （経緯）	犬の散歩に●●●公園に行ったら、同じように散歩に来ていた加害者の犬に噛まれた。					
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※治療終了日（見込）については可能な範囲でご記入ください。	① 診療機関名 △ △ 病院		入院 有 / 無	治療開始日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	治療終了（見込） 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
		〒 △△△-△△△△ △△県△△市△△町1-1		TEL △△-△△-△△△△		
		② 診療機関名 □ □ 薬局 ○○店		入院 有 / 無	治療開始日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	治療終了（見込） 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
		〒 □□□-□□□□ □□県□□市□□町2-2		TEL □□-□□-□□□□		
		③ 診療機関名 ◇ ◇ 病院		入院 有 / 無	治療開始日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	治療終了（見込） 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
		〒 ◇◇◇-◇◇◇◇ ◇◇県◇◇市◇◇町3-3		TEL ◇◇-◇◇-◇◇◇◇		
	傷病届作成日 / 作成支援の有無		年 月 日		本届出書を損害保険会社等（業務委託先を含む）の支援を受けて作成した場合はチェック ☐	

念書兼同意書

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。

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（または保険会社）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。
5. 上記のほか、全日本理美容健康保険組合が行う代位取得求償権の行使について協力します。

私の個人情報及びこの念書兼同意書の取り扱いにつき、次の事項に同意いたします。

1. 全日本理美容健康保険組合が損害賠償請求を行う際に、傷病に関する診療報酬明細書等の写しを、損害保険会社および自賠責保険へ提供すること。
2. 事故相手の加入する損害保険会社の保有する損害賠償に関する情報について全日本理美容健康保険組合が提供を受けること。
3. この念書兼同意書をもって上記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への同意を含むこと。
4. この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

全日本理美容健康保険組合 理事長 殿

作成日

令和 年 月 日

※未成年の場合は親権者等

住 所

被保険者氏名

自署にてご記入、ご捺印ください

印

誓約書

令和 年 月 日 場所 _____

において、私の _____
の被った傷病 _____ する私が責任を

もって返還す _____
全日本理美 _____
加害者（相手方）に誓約いただくものです
加害者（相手方）の過失が少ない場合等、加害者（相手方）が誓約書の提出を拒む場合もありますが、その場合はその旨をメモ書き（例：誓約書は取れませんでした）で余白に記載してください

令和 年 月 日 _____

※未成年の場合は親権者等

郵便番号 _____

住 所 _____

電話番号 _____

加害者（相手方）の署名・捺印をもらってください
（未成年者の場合は、親 権者等の署名・捺印）
この度の事故で任意保険の対応があれば、任意保険会社名・担当者名を記入し押印してもらってください

氏 名 _____

印 _____

※「誓約書」は加害者（相手方）へお渡しください。

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。