

## ～交通事故以外の第三者行為によるもの～

### 【提出書類について】

#### ★「第三者行為による傷病届」（交通事故以外）届出No.1.2

※基本的に被保険者等が記入する事になりますが、相手側（損害保険会社等）に依頼できる場合は相手方の記入も可能です。

#### ★「同意書」届出No.4

※川口工業健康保険組合が加害者へ損害賠償請求する際に、診療報酬明細書の写し並びに届出書類の写し等を添付することに同意するものです。また、立て替え分の治療費が加害者へ請求できなくなることを防ぐ為、加害者と示談する場合は事前にご報告いただく事、白紙委任状を渡さない事、金品授受があった場合は必ずご報告いただく事についてもあわせて同意をお願いします。

#### ★「損害賠償金納付確約書」届出No.5

※相手側（加害者）に記入して頂く書類です。加害者の方に記入して頂けない場合は余白にその旨ご記入下さい。

#### ★「同意書」届出No.6

※関係機関へ診療内容の照会を行うことや、関係機関からの照会に対して回答する事への同意をお願いします。

#### ★「負傷原因届」

※業務上や通勤途上での負傷でないかどうかの確認の為必要な書類です。いつ、どこで、何をしている時に負傷されたのか等、できるだけ詳しくご記入下さい。

（業務上や通勤途上での負傷の場合は健康保険が使用できませんので、事業所へご相談下さい）

## 第三者行為による傷病届 (交通事故以外用)

届出日 令和 年 月 日

被保険者 (届出者)	被保険者証 記号一番号	-			被保険者 氏名	④		職種													
	勤務先の 事業所名				勤務先 所在地	〒 TEL															
被害者 (受診者)	氏名		男 女	歳	生年 月日	昭和 平成	年	月	日	続柄											
	住所	〒 TEL																			
	事故の形態	自分 車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 歩行 対 相手 車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 歩行 殴打 ・ 刺傷 ・ その他の事故 ( )																			
	事故の種類	人身事故 ・ 物損事故⇒※別途「人身事故証明入手不能届」を提出ください。																			
	警察の有無	有 管轄所 ( 警察署 ) ・ 無 その理由 ( )																			
加害者 (相手方)	氏名		男 女	歳	生年 月日	昭和 平成	年	月	日	職種											
	住所	〒 TEL																			
	勤務先の 事業所名				勤務先 所在地	〒 TEL															
	相手が未成年 であるとき 親権者、 後見人等	氏名			生年 月日	昭和 平成	年	月	日	加害者との 関係											
		住所	〒 TEL																		
	加害者不明のとき	その理由																			
事故発生日時	令和 年 月 日 ( 曜日 ) 午前 午後 時 分頃																				
事故発生場所																					
過失の度合	自分が何割					相手が何割															
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
交通事故以外の第三者行為 (飼い犬に噛まれた、スキー場で他人と接触事故、飲食店で食中毒など) の場合は、事故発生状況を下欄に具体的に記入してください。																					
(事故発生状況)																					

受付年月日

治療状況（治療順）	①	医療機関名称													
		所在地													
		入院	令和	年	月	日	～	年	月	日	まで	自費	加害者負担	自賠責	健保
		通院	令和	年	月	日	～	年	月	日	まで	自費	加害者負担	自賠責	健保
	②	医療機関名称													
		所在地													
		入院	令和	年	月	日	～	年	月	日	まで	自費	加害者負担	自賠責	健保
		通院	令和	年	月	日	～	年	月	日	まで	自費	加害者負担	自賠責	健保
	③	医療機関名称													
		所在地													
入院		令和	年	月	日	～	年	月	日	まで	自費	加害者負担	自賠責	健保	
通院		令和	年	月	日	～	年	月	日	まで	自費	加害者負担	自賠責	健保	
後遺症		ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み													
治療見込み		令和	年	月	頃	令和	年	月	日	終了	※治療終了しているときは最終受診日				
休業補償 （該当の記号に○）	休業（治療）中の休業補償について														
	ア 加害者（相手方）が負担				イ 職場から支給				ウ 自賠責保険へ請求						
		エ 社会保険へ傷病手当金を請求予定				オ その他（ ）									
示談の状況 （該当先に☑）	<input type="checkbox"/> 示談成立 令和 年 月 日 ※示談書写しを添付して下さい。														
	<input type="checkbox"/> 交渉中 令和 年 月 日 現在														
	※示談していない理由（ ）														
	<input type="checkbox"/> 請求権放棄 令和 年 月 日														
※請求権を放棄した理由（ ）															
損害賠償の請求・受領状況 （該当先に☑）	加害者に対する損害賠償の請求	<input type="checkbox"/> 請求し受領済み 受領日 令和 年 月 日 受領額 円													
		（ 自賠責保険へ ・ 任意保険へ ）													
		<input type="checkbox"/> 請求中 請求日 令和 年 月 日 請求額 円													
		<input type="checkbox"/> これから請求する その理由（ ）													
	<input type="checkbox"/> 請求しない その理由（ ）														
賠償金の内訳	種別	請求				受領済									
		期間		金額（円）		期間		金額（円）							
	医療費														
	休業補償														
	埋葬料														
	慰謝料														
	雑費														
計															

○自動車事故以外の交通事故の場合で、相手方が損害保険等に加入している場合はこちらに記入してください。

保険関係	保険の種類			契約証書番号					
	保険会社名								
	保険会社所在地	〒			TEL				
	保険契約者			住所	〒	TEL			
	保険契約期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月

川口工業健康保険組合 御中

同意書

私が加害者( )に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第 57 条の規定により、貴健康保険組合が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、貴健康保険組合が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式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同意します。

なお、私が損害保険会社への請求をし、保険金等を受領したときは、貴健康保険組合は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社からその照会内容について報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者(保険会社)と示談を行おうとする場合は、必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者(保険会社)に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者(保険会社)から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届け出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

令和 年 月 日

被保険者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

受診者 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

## 損害賠償金納付確約書

令和 年 月 日に（受診者氏名） \_\_\_\_\_ に損害を負わせましたが、この障害にかかる損害賠償請求権を保険給付の価額の限度において、川口工業健康保険組合が代位取得し、川口工業健康保険組合から損害賠償金の請求を受けたときは、私の過失割合の範囲において納付することを確約しますので、保険給付してください。

また、（自動車）損害賠償責任保険から支払われる損害賠償金が不足した場合で、川口工業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確約します。

令和 年 月 日

- 損害賠償支払義務者（未成年の場合は親権者）

住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

㊞

電話番号 \_\_\_\_\_

- 連帯保証人（加害者との続柄 \_\_\_\_\_） ・ 支払担当保険会社

住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

㊞

電話番号 \_\_\_\_\_

川口工業健康保険組合 理事長 殿



# 健康保険 負傷原因届

または記入をお願いいたします

<b>被 保 険 者 情 報</b>	被保険者証の記号番号	生年月日	年	月	日	
	記号 <input style="width: 80px;" type="text"/> 番号 <input style="width: 80px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
	氏名 (フリガナ) <input style="width: 400px;" type="text"/>	TEL <input style="width: 100px;" type="text"/>	( 日 中 の 連 絡 先 ) ( )			
住所 <input style="width: 400px;" type="text"/>						

※ 虚偽の申告は法令等違反になり、罰せられることがあります。  
 ※ 提出後、申請内容に変更があった場合は速やかにご連絡ください。

<b>被 保 険 者 ま た は 負 傷 し た 方 が 記 入 す る と こ ろ</b>	負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名: <input style="width: 150px;" type="text"/> 続柄 <input style="width: 30px;" type="text"/> )	
	負傷した方の勤務形態	<input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 法人の役員 → (労災保険に特別加入 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない) <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ( <input style="width: 80px;" type="text"/> )	
	負傷日時	令和 年 月 日 ( )	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時頃
	負傷した時間帯(状況)	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩・食事中 <input type="checkbox"/> 出張中(社用外出含) ※「私用中」以外の方は「事業主欄」の記入が必要になります。 <input type="checkbox"/> 通勤途中 ( <input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道有り・ <input type="checkbox"/> 無し ) <input type="checkbox"/> 私用中	
	※上記「私用中」以外の方 負傷した方の仕事内容	(例：電動工具を使い製品の加工 等) <input style="width: 200px;" type="text"/> 普段の作業人数 <input style="width: 30px;" type="text"/> 人位	
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 (例：庭 ) <input type="checkbox"/> その他 ( <input style="width: 80px;" type="text"/> )	
	負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 → ( <input type="checkbox"/> 相手のいる事故 / <input type="checkbox"/> 自損事故 ) <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> 飲酒 → (何を: <input style="width: 80px;" type="text"/> / 何杯: <input style="width: 30px;" type="text"/> 杯) <input type="checkbox"/> スポーツ中 ( <input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事外 ) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) <input type="checkbox"/> その他 ( <input style="width: 80px;" type="text"/> )	
	相手はいますか。また、その場合はあなたは、被害者ですか、加害者ですか。	相手	<input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 無 → <input type="checkbox"/> 相手が逃げて不明
	相手がいる場合：過失の度合	あなた ( <input style="width: 30px;" type="text"/> ) 割 : 相手 ( <input style="width: 30px;" type="text"/> ) 割 <input type="checkbox"/> 現時点では不明のため分り次第連絡します。	
	負傷したときの状況を具体的に記入ください。	(例：休日公園をジョギングしているときに縁石につまづいて足を骨折した 等)	
負傷病名	受診医療機関 <input style="width: 150px;" type="text"/>		
治療経過	令和 年 月 日 現在	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止	
治療期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	

相手がいる負傷の場合は「第三者行為による傷病届」を出していただくことがあります。

<b>事業主欄</b>	業務災害および通勤災害の場合のみ事業主の記入を受けてください。		
	業務(通勤)災害該当の確認	<input type="checkbox"/> 有 → 認定 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 管轄労基等 <input style="width: 30px;" type="text"/> 担当 <input style="width: 30px;" type="text"/> 様 <input type="checkbox"/> 無 → 理由 <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	上記、本人の申し立てのとおり業務災害または通勤災害に相違ないことを認めます。		
	事業所所在地	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 2em;">}</span> </div> 受付印	
事業所名称			
事業主氏名			
電話番号			

## 同意書

私は、川口工業健康保険組合が関係機関に対して診療内容等の照会を行うこと、また、関係機関が川口工業健康保険組合の照会に対して回答することについて同意します。

尚、本紙の写しも有効と認めます。

※関係機関とは、損害保険会社・医療機関等を指します。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

川口工業健康保険組合 理事長 殿