

交通事故にあった時（第三者行為による傷病届提出について）

【第三者行為による傷病届等について】

自動車事故等の第三者行為によりケガをした時の治療費は本来、加害者が負担するのが原則です。しかし、業務上や通勤災害によるものでなければ、「第三者行為による傷病届」を提出することで健康保険を使って治療を受けることができます。この場合、加害者が支払うべき治療費を健康保険組合が立て替えて支払います。その後、健康保険組合が加害者に対して立て替えた治療費を請求いたします。

※届出書をすぐに提出できない場合は、取り急ぎ事故等の状況をお電話によりお知らせいただき、健康保険組合より承認を受ける必要があります。後日、できるだけ早く届書のご提出をお願いします。

※届出がされない場合、加害者又は自動車保険会社へ請求できない為、当組合が給付を行った価額の限度において、被保険者本人へ請求する場合がございますので必ずご提出をお願い致します。

【提出書類】

●**第三者行為による届出書類一式(交通事故)** ※当組合ホームページ申請書一覧よりダウンロードできます。

- ①「第三者行為による傷病届」 届出書No1-1、1-2
- ②「事故発生状況報告書」 届出書No.2
- ③「同意書」 届出書No.3
- ④「損害賠償金納付確約書」 届出書No.4 ※相手側(加害者)に記載して頂く書類です。加害者に記載していただけない場合には、余白にその旨をご記入ください
- ⑤「負傷原因届」※すでに提出済みの場合は不要です
- ⑥ **交通事故証明書(写し)** ※交通事故証明書の種別が「人身事故」となっているもの。
種別が「物件事故」の場合や事故証明書に名前の記載がない場合は
「人身事故証明書入手不能理由書」が必要となります。 届出書No.5-1、5-2
※交通事故証明書の発行については、事故を起こした都道府県の
「自動車安全運転センター」へ申請してください。

【注意事項】

1. 示談は慎重に！

健康保険で治療を受けたときは、示談する前に健康保険組合に相談してください。
勝手に加害者と示談をしてしまうと、それ以降の損害賠償請求権が消滅してしまい、ご本人へ治療費の返還請求する場合がございますのでご注意ください。

(例1) 健康保険で治療を受けている間に示談が成立した場合

- ・被害者が治療費を含む賠償金を受け取った場合にはその日以降、健康保険で治療を受けられなくなります。
症状が固定せず、治療が長引く場合でも全額自己負担となります。

(例2) 「健康保険で治療を受けているので医療費はいらない」といった示談をした場合

- ・医療費の損害賠償請求権を放棄したことになり、健康保険組合が立て替えている医療費を加害者へ請求できなくなることから、医療費全額について被害者の自己負担となります。

2. 工作中又は通勤途中にケガをした場合は健康保険を使用することができません

工作中または通勤途中でのケガは労災保険の給付対象になりますので健康保険を使用することができません。
必ず勤務先にご連絡いただき、労働基準監督署へご確認下さい。

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		㊞		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	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	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	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 10											
自動車保険加入状況																					
		自分の任意保険						相手方の任意保険													
保険会社名																					
証明書(証券)番号		第 号						第 号													
保険契約期間		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日						自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日													
保険 契約 者	フリガナ 氏 名				関係	保有者との				関係	保有者との										
	住 所 (所在地)		TEL				〒				TEL										
自動車 保有 者	フリガナ 氏 名				加害者との 関係							加害者との 関係									
	住 所 (所在地)	〒				TEL				〒				TEL							
取扱 窓口	名 称																				
	住 所 (所在地)	〒				TEL				〒				TEL							
	ご担当者																				
任意一括について		有 ・ 無										※任意一括とは、任意保険が窓口となり自賠責保険の保険金も一括して被害者に支払う仕組みです。									

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			
(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 ()														
(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														
	<input type="checkbox"/> 請求権放棄 令和 年 月 日														
	<input type="checkbox"/> 示談していない理由 ()														
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													
		<input type="checkbox"/> 請求中 (自賠責保険へ ・ 任意保険へ)													
		<input type="checkbox"/> 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

事故発生状況報告書

証明書番号 (相手方自賠責)	第	号	当 事 者	甲 (相手方・第三者)	氏名		連絡先					
自動車の 登録番号				乙 (受診者)	氏名		連絡先					
乙(受診者)の 状態	運転・同乗・歩行・その他()			交通状況	混雑・普通・閑散							
天 候	晴・曇り・雨・雪・霧			明 暗	昼間・夜間・明け方・夕方							
道路状況	見通しは		良い 悪い	舗装は		してある してない		歩道は (両・片)	ある ない			
	形状①		直線・カーブ	形状②		平坦・坂		形状③	積雪路・凍結路			
信 号	信号は		ある ない	信号の色は		甲者側信号(青 赤 黄)		乙者側信号(青 赤 黄)				
標 識	一時停止標識は		ある ない	駐停車禁止標識は		ある ない		その他の標識()				
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で記入してください。)											
	<div>甲 車</div> <div>乙 車</div> <div>進行方向</div> <div>信 号</div> <div>一時停止</div> <div>人 間</div> <div>自転車 バイク</div>											
上書 記 い て く だ さ い												

別紙「交通事故証明書」に補足して上記のとおり報告申し上げます。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ()
 乙との関係 () 氏名

印

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情報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項についても同意します。

- (1) 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、照会に対して回答することについて同意します。
- (2) 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。
- (3) 加害者(保険会社)に白紙委任状を渡さないこと。
- (4) 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。
- (5) 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

※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

被保険者 住所

氏名 印

受診者 氏名 印

川口工業健康保険組合 理事長 殿

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

被 保 険 者 情 報	被保険者証の記号番号		生年月日		年		月		日	
	記号	番号	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成						
	氏名	(フリガナ)			(日 中 の 連 絡 先)					
	住所	〒								

※ 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。

被 保 険 者 ま た は 負 傷 し た 方 が 記 入 す る と こ ろ	負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名: 続柄)	
	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()	
	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) <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) 普段の作業人数 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()	
	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: / 何杯: 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()	
	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:過失の割合	あなた()割 : 相手()割 <input type="checkbox"/> 現時点では不明のため分かり次第連絡します。	
	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		
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		

事業主欄	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 担当 様 <input type="checkbox"/> 無→理由
	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 事業所名称 事業主氏名 電話番号	受付印

人身事故証明書入手不能理由書

◆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	<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。）						
※該当する項目に☑してください。	<div><理由></div>						
※複数に回答する場合は、全てに☑してください。	<input type="checkbox"/> その他（理由を具体的に記載してください。）						
	<div><理由></div>						
◎ 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	警察	担当官 (判明している場合)	届出年月日	令和	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、発行日時、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を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 〒
<input type="checkbox"/> 目撃者	氏名 印
<input type="checkbox"/> その他（ ）	電話
※該当する項目に☑してください。	記入年月日 令和 年 月 日

(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、または目撃者の方をご記入ください。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、または目撃者の方をご記入ください。

(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：令和 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、以下の項目は記入不要です。)

発生年月日		年 月 日 午前 時 分 頃 天候 午後				
発生場所						
当事者	甲	住所	〒 電話 ()			
		氏名		生年月日	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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。