交通事故以外の第三者行為による傷病届提出について

【交通事故以外の第三者行為によるケガの例】

他人のペットに噛まれた。不当な暴力や傷害行為による怪我。
外食等での食中毒。ゴルフ、スキーなどで他人と衝突等による怪我など

【第三者行為による傷病届等について】

事故や喧嘩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ことが必要です。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（交通事故以外） ※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「同意書」 届出書No.2

③「損害賠償金納付確約書」 届出書No.3 ※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は、余白にその旨をご記入ください。

④「負傷原因届」※すでに提出済みの場合は不要です

【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．仕事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

仕事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。

第三者行為による傷病届（交通事故以外）

届出No.1-1

届出日　令和　　年　　月　　日

被保険者（届出者）	被保険者証記号ー番号	ー	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						
	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

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）

※書類上、「被害者」「加害者」とありますが、過失の大小ではなく、ケガをされた被保険者（被扶養者）＝「被害者」として記入して下さい。

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☑）

☐ 示談成立　令和　年　月　日 ※示談書写しを添付して下さい。

☐ 交渉中　令和　年　月　日 現在

※示談していない理由（　　）

☐ 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	
☐ 請求し受領済み	受領日 令和　年　月　日 受領額　円
☐ 請求中	（ 自賠責保険へ ・ 任意保険へ ） 請求日 令和　年　月　日 請求額　円
☐ これから請求する	その理由（
☐ 請求しない	その理由（

賠償金の内訳	請求		受領済	
種　別	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　日			

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

受診者　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

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	記号	番号	生年月日	□昭和 □平成　年　月　日
氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		TEL	(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	□被保険者 □被扶養者(氏名:　　続柄　　)
負傷した方の勤務形態	□正社員、契約、派遣、パート、アルバイト □法人の役員→(労災保険に特別加入 □している □していない) □学生 □無職 □その他(　　)
負傷日時	令和　年　月　日(　)□午前 □午後　時頃
負傷した時間帯(状況) ※「私用中」以外の方は「事業主欄」の記入が必要になります。	□勤務時間中 □勤務日の休憩・食事中 □出張中(社用外出含) □通勤途中(□出勤 □退勤/□寄り道有り・ □無し) □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	□会社内 □路上 □駅構内 □自宅(例:庭　) □その他(　)
負傷原因	□交通事故→(□相手のいる事故 / □自損事故) □暴力(ケンカ) □飲酒→(何を:　/ 何杯:　杯) □スポーツ中(□職場行事 □職場行事外) □動物による負傷 (飼い主:□有 □無) □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 □有→□あなたは被害者 □有→□あなたは加害者 □無→□相手が逃げて不明 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。
相手がいる場合:過失の度合	あなた(　)割 : 相手(　)割　□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ご記入ください。	(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　□治療 □治療継続中 □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	□有→認定 □該当 □不該当　管轄労基等　担当　様 □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。	受付印
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	