

「第三者行為による傷病届」について

1. 第三者行為による傷病届

被保険者又は被扶養者が第三者の行為で負傷し健康保険で治療を受けるときは、速やかに第三者行為による傷病届を当健康保険組合に提出してください。

【提出書類】

第三者行為の種別	届 出 書 類
交通事故のとき	その 1、その 2、その 3、その 4、その 5、その 6（注 1）、その 7（注 1）、その 8、交通事故証明書（注 2）、示談書の写し（注 3）
交通事故以外のとき	その 11、その 12、その 13、その 14、その 15、 示談書の写し（注 3）

（注 1） その 6、その 7 は、「交通事故証明書」の照合記録簿の種別が「人身事故」の場合は、原則必要ありません。

（注 2） 交通事故証明書は、事故のあった各都道府県の「自動車安全運転センター」の事務所で発行されます。最寄りの警察署・派出所でも「交通事故証明書交付申請書」が備えていますのでお問合せください。また、自動車任意損害保険に加入している場合は、（見本）にあるように損害保険会社が入手した証明書の写（証明印あり）でも差し支えありません。

（注 3） 示談が成立している場合に提出してください。

2. 業務上または通勤途上の事故

業務上や通勤途上での事故に該当する場合は、労災保険の適用になります。健康保険で治療を受けることはできません。健康保険証を使用したときは、当健康保険組合が支払った医療費を返還していただく場合があります。速やかに事業所担当者及び労働基準監督署にご相談してください。なお、被扶養者の方がパート・アルバイト中に、または通勤途上に事故にあった場合も同様に労災保険の適用になりますのでご注意ください。

3. 損害賠償請求権の取得

健康保険法第 57 条では、健康保険の給付が第三者行為によって生じた場合の保険者の損害賠償請求権の取得について定めています。この規定により当健康保険組合は加害者（損害保険会社）に対し損害賠償請求します。そのための必要書類が「第三者行為による傷病届」です。

非常に重要な規定なので、以下のとおり掲載します。

(損害賠償請求権) 健康保険法第 57 条

保険者は、保険事由が第三者の行為によって生じた場合において、保険給付を行ったときは、その給付の価額（当該保険給付が療養の給付であるときは、当該療養の給付に要する費用の額から当該療養の給付に関し被保険者が負担しなければならない一部負担金に相当する額を控除した額。次条第 1 項において同じ。）の限度において、保険給付を受ける権利を有する者（当該給付事由が被保険者の被扶養者について生じた場合には、当該被扶養者を含む。次項において同じ。）が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得する。

- 2 前項の場合において、保険給付を受ける権利を有する者が第三者から同一の事由について損害賠償を受けたときは、保険者は、その価額の限度において、保険給付を行う責めを免れる。

4. その他

交通事故のことで相談したいときは、つぎの相談所等があります。原則、相談料は無料となっております。

(平成 31 年 3 月現在)

団体名称	所在地	連絡先
日弁連交通事故相談センター (本部事務局)	東京都千代田区霞が関 1-1-3 弁護士会館 14 階	03 (3581) 4724
地方公共団体交通事故相談所 (東京都の場合)	東京都新宿区西新宿 2-8-1 都庁第一庁舎 3 階南側(本所)	03 (5320) 7733
(社)日本損害保険協会自動車保険請求相談センター	千代田区神田淡路町 2-105 ワテラスアネック 7 階	03 (4332) 5241
交通事故紛争処理センター (東京本部)	新宿区西新宿 2-3-1 新宿モノリスビル 25 階	03 (3346) 1756

(注) 上記の相談所は全国にありますのでご確認ください。

(問い合わせ)

ご不明な点などがございましたら、業務管理課 (03-3862-1050) までご連絡ください。

東日本プラスチック健康保険組合

記入例

第三者行為による傷病届 (交通事故以外)

本人・家族

(その11)

被害者・加害者(相手方)関係	被保険者証	(記号) 999	氏 名	柳 橋 太 郎		
	記号と番号	(番号) 0123	現住所	〒 359-000 埼玉県所沢市〇〇〇5 - 6 - 7 連絡先 TEL 090 (0000) 0000		
	被保険者が勤務している事業所	名 称	株式会社〇〇プラスチック			
		所在地	〒 東京都台東区〇〇〇1 - 2 - 3 TEL 03 0000) 0000			
	被扶養者がうけた事故であるとき	被扶養者氏 名	連絡先 TEL ()		被保険者との続柄	
	加 害 者 (相 手 方)	氏 名	浅草橋 一男		生年月日	明・大・〇〇・平・令 00 年 00 月 00 日
		現住所	〒 359-000 埼玉県所沢市〇〇〇4 - 5 - 6 TEL 090 (0000) 0000			
	加害者(相手方)の勤務先	名称又は氏 名	〇〇産業株式会社		事業内容又は職業	
	所在地又は住所	〒 00-0000 東京都中野区〇〇〇5 - 6 - 7 TEL 03 0000) 0000				
	加害者の住所氏名がわからないとき	その理由				
事故内容	傷 病 名	右前腕部咬傷		発 生 年月日	2 年 12 月 1 日 午前・午後 6 時 30 分頃	
	発 生 の 場 所	埼玉県所沢市〇〇〇2 - 3 付近				
	事 故 発 生 時 状 況	被保険者又は被扶養者	歩行者・その他()			
		加害者(事故相手)	歩行者・その他(犬と散歩中)			
	警察への届出の有無	(有) (所沢 警察署) 無: (理由:)				
過 失 の 度 合 (わかる範囲で)	自分がなんぶ		相手がなんぶ			
	〇. 1. 2. 3 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10		0. 1. 2. 3 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10			
加害者(相手方)の損害状況	保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 令和 2 年 00 月 00 日 至 令和 3 年 00 月 00 日		
	保険加入証明記号番号	第 000000 号	契約者氏 名	浅草橋 一男		
	契約保険会社	名 称	〇〇〇〇損害保険株式会社			
		所 在 地	〒 359-000 埼玉県所沢市〇〇〇3 - 4 担当者 (〇〇 〇子) TEL 090 (0000) 0000			

添付書類

* 示談が成立している場合は、「示談書の写し」を添付してください。

受 付 日 付 印

記入例

成立している場合は、示談書の写しを添付してください

(その12)

示談状況	示談が成立していますか	成立している		令和 年 月 日 成立		
		成立していない <u>交渉中</u>		令和 3 年 00 月 00 日 現在		
	成立していない場合は、その理由					
	請求権を放棄した場合	令和 年 月 日	理由			
	弁護士を代理人に選任している場合	氏 名				
	住 所	〒				
		TEL ()				
休業補償	休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつける) 1 加害者が負担(保険会社) 2 職場から支給 3 健康保険の傷病手当金 4 その他(被害者加入の人身傷害保険へ請求など) へ請求予定					
損害賠償の支払状況	損害賠償請求をしましたか	加害者に対して	している ・ する予定 ・ しない(理由)			
		損害保険会社に対して	している ・ <u>する予定</u> ・ しない(理由)			
	を相手から損害賠償は	受領年月日	損害賠償の種別	受領金額		
		令和 年 月 日		円		
		令和 年 月 日		円		
治療状況(治療順)	1	名称	〇〇〇〇整形外科	入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費 ・ 加害者負担 健康保険 ・ その他
		所在地	埼玉県所沢市 〇〇2-3-4	<u>通院</u>	令和 2 年 00 月 00 日から 令和 3 年 00 月 00 日まで	自費 ・ 加害者負担 <u>健康保険</u> ・ その他
	2	名称		入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費 ・ 加害者負担 健康保険 ・ その他
		所在地		通院	年 月 日から 年 月 日まで	自費 ・ 加害者負担 健康保険 ・ その他
	3	名称		入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費 ・ 加害者負担 健康保険 ・ その他
		所在地		通院	年 月 日から 年 月 日まで	自費 ・ 加害者負担 健康保険 ・ その他
	治療見込み(治療終了)		令和 3 年 00 月 頃 (年 月 日 終了)	(注)治療費の支払区分を医療機関に確認して○で囲んでください。 治療終了しているときは、最終受診日をご記入してください。		
	後遺症		ある ・ ある見込 ・ ない ・ <u>ない見込</u>			

記入例

負傷原因報告書

(その13)

被保険者証の 記号・番号	999 0123	被保険者氏名	柳 橋 太 郎		
事業所名	株式会社〇〇 プラスチック		所在地	東京都台東区〇〇〇1-2-3	
被扶養者が 負傷したとき	被扶養者 氏 名		被保険者との続柄		
負傷の日時	令和 2 年 12 月 1 日(火 曜日) 午前 6 時 30 分(頃) 午後				
負傷の場所 (どこで)	埼玉県所沢市〇〇〇2-3 付近				
負傷したのは (該当する番号 を全て〇で囲ん でください)	1. 勤務日 2. パート・アルバイト中 3. 勤務日の休憩中 4. 事業所内 5. 出勤の途中 6. 退社して帰宅途中 7. 会社主催の行事等において 8. 公休日 9. 会社の休日 10. 私用で休み 11. 勤務日の帰宅した後 12. その他 (出勤前の散歩中)				
被扶養者がパート・アルバイト中 に負傷した場合	勤務先名称 (電話 - -) 勤務先住所				
負傷の原因 (何をしているとき どのようにして負 傷しましたか。わ かりやすく記入し てください。)	早朝散歩中、大型犬を連れて散歩していた男性が、犬が何かに驚き リードが手から離れ、急に私に向かって走り出してきたので、止めよ うと手を出したら、咬まれた。				
※ 勤務していた日の負傷の場合は、その日の勤務状況等を必ずご記入ください。					
負傷日の 勤務時間	午前 〇 時 00 分 から 午後 Δ 時 00 分 まで				
あなたの 仕事内容	〇〇〇	工場または、支店名	本社		
		勤務先の電話番号	03 (0000) 0000		
通常の通勤経路 及びその方法	(自宅) (勤務先)		所要時間		
	徒歩⇒西武〇駅⇒ＪＲ〇駅乗換え⇒ＪＲ〇駅下車⇒徒歩		(00 時間00 分)		
上記のとおり相違ありません。 令和 3 年 00 月 00 日 被保険者の住 所 埼玉県所沢市〇〇〇5-6-7 氏 名 柳 橋 太 郎					

記入例

事故発生状況報告書(交通事故以外)

(その14)

①甲欄には相手(第三者)の氏名を、乙者には負傷等された方(受診者)の氏名をお書きください。
②該当するものを○印で囲んでください。
③この報告書は、保険金(損害賠償額)支払手続き上必要と認められる場合には、事故の相手方に送付することがあります。

当事者	甲 (相手・第三者)	氏名 浅草橋 一男	乙 (被害者)	氏名 柳橋 太郎
	天 候	☒ 晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・ ☒ 閑散
		明暗	昼間・夜間・ ☒ 明け方・夕方	
事故現場の状況を図示してください。	事故発生状況略図(道路幅を m で記入してください。)			
状況説明を書いてください	早朝散歩中、大型犬を連れて散歩していた男性が、犬が何かに驚き リードが手から離れ、急に私に向かって走り出してきたので、止めよ うと手を出したら、咬まれた。			

上記のとおりご報告申しあげます。

令和 3 年 00 月 00 日

報告者 甲との関係()

乙との関係(本人)

氏名

柳橋 太郎



同意書兼 念書

私が加害者(**浅草橋 一男**)に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第 57 条により、東日本プラスチック健康保険組合(以下、「保険者」という。)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、保険者が損害賠償額の支払の請求を加害者または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等の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等へ請求し、保険金等を受領したときは、金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、保険者が保険医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

さらに、私が 70 歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていた場合、当該軽減特例措置によって支給された一部負担金等の一部に相当する額について、国が加害者または加害者の加入する損害保険会社等に請求を行うこと、国が保険者に損害賠償額の支払の請求及び受領を委任することに同意します。

その上で、保険者が損害保険会社等から受領した金銭と被保険者が返還すべき額を相殺することに同意します。

また、保険者が保険給付または損害賠償請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること、保険給付後に傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還することに同意します。

あわせて、次の事項を守ことを誓約します。

- 1 加害者(保険会社・共済団体)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・共済団体)に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者(保険会社・共済団体)から金品を受けたときは、領収日、内容、金額をもれなく、速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 **3** 年 **00** 月 **00** 日

被害者(受診者、未成年の場合は親権者等)

住 所

埼玉県所沢市〇〇〇5 - 6 - 7

氏 名

柳 橋 花 子



東日本プラスチック健康保険組合 理事長 殿