

健康保険 第三者の行為による傷病届

届出上の注意

- 1, この届は、健康保険の被保険者または被扶養者が第三者の行為(交通事故等)により負傷し、健康保険で治療を受けたいときに提出してください。
また治療を受ける病院、診療所にも健康保険で治療を受けたい旨申し出てください。
- 2, 業務中や通勤の途中に起きた事故(第三者行為による事故または、自損単独事故)については、健康保険で治療を受けられませんので、必ず事業主にご相談のうえ、労働基準監督署に届出を行って下さい。なお、この場合は、下記の届出先まで連絡をお願いします。
- 3, この届を出すことによって健康保険で診療を受けた治療費の全額を、滋賀県自動車健康保険組合があなたに代わり加害者や自動車賠償保険会社に対し損害賠償の代位請求権を取得することになります。

届出書類

- 1, 交通事故・自損事故・第三者(他人)等の行為による傷病(事故)届
- 2, 負傷原因報告書
- 3, 事故発生状況報告書
- 4, 念書
- 5, 損害賠償金納付確約書・念書
- 6, 同意書
- 7, 交通事故証明書(原本)

交通事故証明書は、自動車安全運転センター滋賀事務所で交付が受けられます。

〒524-0104 守山市木浜町2294番地 TEL 077-585-3456

届出先

滋賀県自動車健康保険組合

〒524-0104 守山市木浜町2298番地の1

TEL 077-585-4838

FAX 077-598-0013

届出後の留意事項

この届を提出した後で次のようなときは、必ず文書等で「滋賀県自動車健康保険組合」に報告してください。

- 1, 転院(病院を変わる)したとき。
- 2, 負傷した病気が治ったとき。
- 3, 健康保険での治療を中止して、自費または加害者が直接治療費を病院に支払いすることになったとき。
- 4, 加害者や自動車賠償保険会社から、慰謝料等の保険金を受けようとするとき。
- 5, 加害者と示談を行おうとするとき。

交通事故、自損事故、第三者(他人)等の行為による傷病(事故)届

届出者	被保険者証 記号番号			被保険者 氏名			⑨	職種			
	事業所名 (勤め先)				所在地 (勤め先)	〒 TEL ()					
被害者 (受診者)	氏名	男 女		才	続柄	住所		〒 TEL ()			
	事故内容	自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・殴打・刺傷・その他()									
	警察への届出有無	有:人身事故・物損事故 ※注1 () 警察署 無:(理由)									
加害者 (第三者)	氏名	男 女		才	住所		〒 TEL ()				
	勤務先 又は職業				所在地	〒 TEL ()					
加害者が不明の理由											
事故発生	令和 年 月 日 (曜)	前	時	分	発生 場所	市		町			
過失の度合	(自分) 被害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10				(相手) 加害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10				
事故の相手の自動車保険加入状況											
傷病 が 交 通 事 故 に よ る と き	自 賠 責 保 険	保険会社名				取扱店	〒 TEL ()				
		保険契約者名 (名義人)			住所 (所在地)			関係	保有者との		
		自動車の種別			府県名			登録番号	車台番号		
		自賠責証明書番号				保険期間	自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日				
		自動車の保有者名				住所 (所在地)			加害者との 関係		
任 意 保 険	保 険	保険会社名	火災海上(株) 農協		取扱店	〒 TEL ()					
		保険契約者名			住所 (所在地)	〒					
		契約証書番号				保険期間	自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日				
		保険契約期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日				任意一括について ※注2 有 ・ 無				

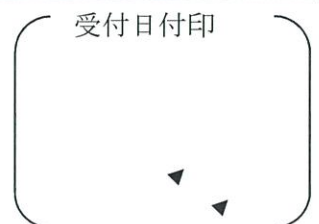
※注1

物損事故で 処理した場 合	別途「人身事故証明入手不能届」の 提出を求める場合があります。
---------------------	------------------------------------

※注2

任意一括とは、自賠責保険だけの対応ではな く、任意保険会社が対応している場合です。
--

受付日付印



治療状況 (治療順)	①	名称	入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険
		所在地	通院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険
	②	名称	入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険
		所在地	通院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険
	③	名称	入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険
		所在地	通院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険

治癒見込み (治療終了日)	年 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。 治療が終了しているときは、 最終受診日 をご記入ください。
------------------	---------------------	---

休業 補償	<p>休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつける)</p> <p>ア 加害者が負担 イ 職場から支給 ウ 自賠償へ請求</p> <p>エ 社会保険へ傷病手当金 オ その他 (被害者加入の人身傷害保険へ請求など)</p> <p>の請求予定</p>
----------	--





示 害 談 賠 償 の 支 払 状 況	<p>示談又は和解(該当に○をつける) ※示談している場合は、示談書の写しを添付すること</p> <p>した・交渉中・しない(理由)</p> <hr/> <p>加害者や損害保険会社からの仮渡金・治療費・付添料などもらった場合や示談・話合いの状況を具体的に記入すること。</p> <table border="0"> <tr> <td>【受領日・金額】</td> <td>【受領したものの名目】</td> </tr> <tr> <td>月 日 円</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>月 日 円</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>月 日 円</td> <td>()</td> </tr> </table>	【受領日・金額】	【受領したものの名目】	月 日 円	()	月 日 円	()	月 日 円	()
【受領日・金額】	【受領したものの名目】								
月 日 円	()								
月 日 円	()								
月 日 円	()								

<p>交通事故以外の被害行為(飼犬等の咬傷を含む)の場合は、事故発生状況を下欄に具体的に記入して下さい。 ※交通事故の場合はこの欄に記入せず、事故状況発生報告書に記入ください。</p> <hr/> <p>(事故発生状況)</p>
--

負傷原因報告書

被保険者記号番号		被保険者 氏 名	
事業所名		所在地	
職 種		就業時間	時 分から 時 分まで
被扶養者が負傷したとき	氏名	被保険者との続柄	
負傷の原因	<input type="radio"/> いつ(令和 年 月 日 (曜) 午前 時 分頃 午後 時 分頃)		
	<input type="radio"/> その日は 勤務日 公休日 会社の休日 私用で休み <input type="radio"/> どこで(場所)		
(詳細に記述すること)	<input type="radio"/> なにをしているときですか ※具体的にご記入ください。 (なにをしに行くときですか)		
	<input type="radio"/> パート・バイト中の場合 ※被扶養者が勤務しているときはご記入ください。 勤務先名称 (TEL - -) 勤務先住所		
<input type="radio"/> 出勤又は退社して帰宅中の負傷の場合は、会社から帰宅までを裏面に図示し通勤経路及び負傷場所を記入してください。			
<input type="radio"/> 次の欄は該当するものの番号を○印で囲んでください。 1. 職務中に生じた 2. パート・バイト中に生じた 3. 私用中に生じた 4. 事業所内で生じた 5. 事業所内で休憩中に生じた 6. 出勤の途中 7. 退社して帰宅中 8. 自宅において 9. 会社主催の体育祭等において			
<input type="radio"/> 他人の行為によって負傷させられたときは、その相手の 住 所 (TEL - -) 氏 名			
上記のとおり相違ありません			
令和 年 月 日 被保険者の住所 氏名			
(印)			

事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第 号	当事者	甲 (相手・第三者)	氏名 (電話)		
自動車の番号			乙 (受診者)	氏名 (電話)		運転・同乗 歩行・その他
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	
道路状況	舗装 <input type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない ・ 歩道(両・片) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ・ 直線 <input type="checkbox"/> ・ カーブ <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> ・ 坂 <input type="checkbox"/> ・ 見通し <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> ・ 積雪路 <input type="checkbox"/> ・ 凍結路 <input type="checkbox"/>					
信号又は標識	信号 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	自転車側信号(青・赤・)	相手側信号(青・赤・)	駐停車禁止	<input type="checkbox"/> されている <input type="checkbox"/> されていない	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)	
事故現場における自動車と被害者と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。) <div style="border: 1px dashed gray; height: 200px; width: 100%;"></div>					
	自 車					
	相 手 車					
	進行方向					
	信 号					
	一時停止					
	人					
	自 転 車 バ イ ク					
上記図の説明を書いてください。						

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係()
乙との関係() 氏名 _____ (印)

念 書

令和 年 月 日 (相手方氏名) の行為により (受診者氏名) の被った保険事故について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条第1項の規定によって滋賀県自動車健康保険組合が保険給付の価額の限度において取得行使し、賠償金を受領されることに異議のないことを、ここに書面をもって申し立てます。

なお、保険事故が交通事故による場合は、滋賀県自動車健康保険組合が代位取得した損害賠償に対して自動車損害賠償責任保険から滋賀県自動車健康保険組合が優先的に充当支払いを受けられることに異議ありません。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

1. 加害者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. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者から金品を受けたときは、受領印、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。

令和 年 月 日

被保険者

住 所

氏 名

印

滋賀県自動車健康保険組合理事長 殿

損害賠償金納付確約書・念書

令和 年 月 日 (受診者氏名) _____ に傷害を負わせましたが、この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付価格の限度において、滋賀県自動車健康保険組合が代位取得し、滋賀県自動車健康保険組合から損害賠償金（保険給付）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。

なお、傷害が交通事故による場合は、滋賀県自動車健康保険組合が代位取得した損害賠償に対して自動車損害賠償保険から、滋賀県自動車健康保険組合が優先的に充当支払いを受けられることに異議ありません。

また、自動車賠償責任保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合で、滋賀県自動車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

相手方・損害賠償支払義務者（未成年の場合は親権者）

住 所

氏 名

Ⓜ

TEL()

同意書

私が自動車事故で被った傷病により受けた健康保険法による保険給付は、健康保険法第57条の規定により、滋賀県自動車健康保険組合が保険給付の価額の限度において、私が加害者に対して有する賠償請求権を取得することになります。

つきましては、滋賀県自動車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自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、滋賀県自動車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。

令和 年 月 日

同意者 (自賠責保険請求者)

住 所

氏 名

Ⓜ

滋賀県自動車健康保険組合理事長 殿