

第三者行為の届けについて

第三者行為とは

1. 自動車事故(ひき逃げ等相手不明の場合も含む、自転車事故も含む)
2. 傷害事故
3. 集団食中毒
4. その他(建物の倒壊等による事故等)

事故が他人の行為または他人が支配管理する建物が原因で生じた場合をいいます。この場合でも、健康保険で治療等を受けることができます。しかし、第三者の不法行為により発生したケガ等については本来、健康保険の給付対象ではなく第三者(加害者)が負担すべき治療費です。それを健保組合が第三者(加害者)に代わって立て替えます。立て替えた治療費は後日、第三者(加害者)や損害保険会社に請求を行います。(健康保険法第57条による損害賠償請求権の代位取得)

この請求に必要な事項を確認する書類が、「第三者行為による傷病届」となりますので、必ず下記書類(別添用紙)を健保組合に提出してください。

A. 第三者行為・自損事故による傷病届

自動車事故の場合は、併せて下記書類も提出してください。

- ① 交通事故証明書[人身事故]表示の原本
※ [物件事故]表示の場合は、「人身事故証明書入手不能理由書」を追加
- ② 診断書の写し
- ③ 示談書の写し(示談している場合)
- ④ 死亡の場合のみ戸籍謄本および死亡診断書

- B. 事故発生状況報告書
- C. 損害賠償保険契約内容
- D. 念書 兼 同意書
- E. 誓約書

※ 自損事故の場合でも、必ず健保組合にA、Bの書類を提出してください。

※ 任意保険会社が関与している事案については、保険会社より上記の様式を用意されることがありますので、その場合は組合からの様式書類は不要です。

(注)給付制限に付いて(下記の場合には保険給付を受けられません)

- ① 故意に事故を起こした場合(自殺未遂他、故意に自らを傷つけた場合)
- ② 犯罪行為で病気になった場合やケガをした場合
- ③ 喧嘩や泥酔等の著しい不行跡が原因の傷病
- ④ その他

◆ 工作中や通勤途中にケガしたとき

工作中や通勤途中に被ったケガは、労災保険の給付対象となりますので、健康保険を使用することができません(このことは法律でさだめられています)。そのため、工作中や通勤途中に被ったケガの治療については、必ず労災保険へ手続きを行っていただくこととなります。

第三者行為 ・ 自損事故による傷病届

(どちらかに○印をつける)

本人 ・ 家族

令和 年 月 日

被保険者	記号		氏名			
	番号		住所	〒	TEL	
被害者	被保険者(本人)の場合	氏名				
	被扶養者(家族)の場合	氏名				
加害者	事故相手	氏名		生年月日	昭・平・令	年 月 日
		住所	〒	TEL		
	事故相手の勤務先	名称				
		住所	〒	TEL		
	加害者が不明の場合	その理由				
事故内容	傷病名					
	発生日時	令和	年	月	日	午前・午後 時 分頃
	発生時の状況	勤務中 ・ 通勤途上 ・ 私用外出中 ・ その他()				
	発生場所					
	種別	被害者「車・バイク・自転車・歩行」 ； 加害者「車・バイク・自転車・歩行」 殴打 ・ 刺傷 ・ その他()				
	警察官の立会い	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない				
	所轄署	警察署		派出所		
	過失の度合	自分がなんぶ 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		相手がなんぶ 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		

※該当文字を○で囲み、必要事項を記入してください。

【提出書類】 1. 交通事故証明書[人身事故]表示の原本

※ [物件事故]表示の場合は、「人身事故証明書入手不能理由書」を追加

受付日付印

2. 診断書の写し
3. 示談書の写し(示談している場合)
4. 死亡の場合のみ戸籍謄本および死亡診断書

【注1】 自分の過失の度合が高くて、健保組合から見て被保険者・被扶養者は被害者となりますので、加害者の欄は「相手方」と読み替えてご記入ください。

【注2】 退院、治療の終了、示談の場合はその都度報告してください。

人身事故証明書入手不能理由書

警察への届出が物件事故扱い、事故の届出をしていない、事故証明書に名前が記載されていない場合など、人身事故扱いの事故証明が発行できない時にご提出ください。

御中

■ 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下さい。

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者のお名前がない場合は、記入して下さい)

理由 ※該当する項目に○印をして下さい ※複数該当する場合はすべてに○印をして下さい	<input type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 公道以外の場所(駐車場・私有地 等)で発生した事故のため <input type="radio"/> 事故当事者の事情(理由を具体的に記載して下さい) 【理由】 _____ <input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載して下さい) 【理由】 _____
--	--

◆ 警察へ事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載して下さい。

届出警察	警察 担当官 <small>(判明している場合)</small>	届出年月日	令和 年 月 日
------	-------------------------------------	-------	----------

交通事故証明書が発行されていない場合、又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、「交通事故概要記入欄」に記入して下さい。

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の氏名・押印をお願い致します。

◆ 上記理由により人身事故証明書は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="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他() ※ 該当する項目に○印をして下さい	記入日 令和 年 月 日 〒 _____ 住所 _____ 氏名 _____ (印) 電話 _____ ()
---	---

(注)当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求(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、または目撃者の方がご記入ください。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、または目撃者の方がご記入ください。

(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、又は以下の調査・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、以下の項目は記載不要です)

発生年月日時		令和 年 月 日		午前 午後	時 分 頃	天候	
発生場所							
当事者	甲	住 所	電話: ()				
		氏 名	生年月日	昭・平	年 月 日	()才	
		自賠償保険 契約先	自賠償保険 証明書番号				
		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	昭・平	年 月 日	()才	
		自賠償保険 契約先	自賠償保険 証明書番号				
		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	昭・平	年 月 日	()才	
		自賠償保険 契約先	自賠償保険 証明書番号				
		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	昭・平	年 月 日	()才	
		自賠償保険 契約先	自賠償保険 証明書番号				
		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	昭・平	年 月 日	()才		
	自賠償保険 契約先	自賠償保険 証明書番号					
	登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				