

第三者の行為による傷病届について

オークマ健康保険組合

1. 本届書について

本届書は、被保険者または被扶養者が、第三者の行為によって病気やけがをし保険給付を受けたとき、または受けるときに届出するものです。(健康保険法施行規則第52条届出の義務)

この届書により健保組合では所定の調査をした後、被保険者または被扶養者に給付した額を相手方に損害賠償金として請求します。

(第三者の行為による傷病届に添付する書類)

- ・ 交通事故証明書(自動車安全運転センターより交付)
- ・ 念書(被保険者用・相手方用)
- ・ 事故発生状況報告書(交通事故の場合)
- ・ 負傷原因書
- ・ 相手方の自動車(保険)関係事項
- ・ 治療を要する傷病の診断書(受診先の医療機関より交付)
- ・ 自動車損害賠償責任保険証明書の写し(任意保険に加入している場合は任意保険の保険証書)
- ・ 示談が済んでいる場合のみ示談書の写し

※ 正当な理由なく届出をしない場合は、保険給付を認められないことになりますのでご注意ください。

2. 示談を行うときの注意事項

(1) 示談を行うときは、必ず事前に健保組合にその内容を届け出てください。

なお、勝手に示談を行うと保険給付を制限することがあります。

(2) 相手方に対する損害賠償請求権は、被保険者または被扶養者が保険給付を受けた都度。自動的に被保険者または被扶養者から健保組合へ移転代位取得していますから、後日当事者間で示談を成立させた場合でも、すでに保険給付を受けたものについては示談の対象外となります。

3. 届書記入・作成上の注意事項

(1) 損害賠償金は原則的に相手方に請求しますが、自動車事故の場合には健保組合が直接保険会社に請求することになりますので、相手方の加入している自動車損害賠償責任保険及び任意保険関係の事項は必ず記載してください。

(2) 交通事故証明書は原本を添付してください。ただし、任意保険会社に原本を提出する場合は写しを添付してください。

(3) 事故の状況等について聴取させていただくため、健保組合までお越し願うことがあります。

(4) 届出に対しご不明な点などございましたら、健保組合までお問い合わせください。

TEL 0587-95-0913

オークマ健康保険組合
2020.1

健康保険(被保険者・家族) 第三者の行為による傷病届

(被保険者または被扶養者に関すること)

令和 年 月 日提出

被保険者証の		被保険者の氏名		フリガナ	
記号	番号	印			
被保険者の住所		TEL ー ー			
事業所名称		事業所所在地			
被扶養者が受けた事故であるときはその者の		氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
				被保険者との続柄	

(相手方に関すること)

相手方の氏名	相手方の生年月日		大正 昭和 平成		年 月 日
相手方の住所及び連絡先	TEL ー ー				
相手方の勤務先	相手方の勤務先住所		TEL ー ー		
相手方の氏名等が不明なとき	その理由	相手方に対して損害賠償請求権の有無			有・無
第三者から受けた損害賠償の内容・金額及びその年月日 示談を行った場合はその状況 (示談書の写しを添付すること)					

(自動車事故の場合)・・・相手方の

自動車保有者の氏名または会社名	住所	TEL ー ー	
保険契約者の氏名または会社名	住所	TEL ー ー	
契約保険会社の名称(自賠責)	保険証明書番号		
自動車の種別	車台番号		
登録番号 車輛番号	事故届出警察署		

(事故及び負傷の内容)

事故発生年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃	事故発生の場所		
警察官の立合	あった・ない・ないが届出済・不明		傷病名	
診療を受けた医療機関の	名称	所在地		
初診年月日	令和 年 月 日	診療費の区別	健保・自費・その他()	

理事長	常務理事	事務長	担当者	健保受付年月日

オークマ健康保険組合

(相手方用)

念 書

令和 年 月 日、事故発生場所()地内において
私()と被保険者 または 被扶養者()の間に発生した
交通事故による被保険者等の損害について、健康保険法により保険給付を受けましたので、健康保険法
第67条の規定により求償されたときは、直ちに私より納付期日までにお支払いいたします。

なお、貴健康保険組合より自動車損害賠償責任保険及び任意保険に損害賠償の請求がなされ、求償
金額が補填されなかった場合の保険給付費、または治療終了後、医学的判断によりその事故に起因する
疾病と認められた場合の保険給付費について、損害賠償の請求があれば、すみやかにその支払の責に
任ずることを誓約いたします。

また損害賠償についても、貴健康保険組合の保険給付費を優先して受領されることに異議のないこと、
被保険者等と示談を行おうとするときは、必ず前もって貴健康保険組合にその内容を申し出ることを誓約
いたします。

上記に違反した場合は、貴健保組合において、いかなる措置をとられても異議の申し立てをしません。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

オークマ健康保険組合理事長 殿

(被保険者用)

念 書

令和 年 月 日、事故発生場所において、相手方()の不法行為により被保険者等()の被った傷病について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第67条の規定によって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、かつ賠償金を受領することに異議のないことを、書面をもって誓約します。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 本件にかかる傷病については、治癒に至った際等、必ず治療の経過を遅滞なく申し出ます。
2. 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴健康保険組合にその内容を申し出ます。
3. 相手方に白紙委任状を渡しません。
4. 相手方から金品を受けたときは、受領年月日・内容・金額(評価額)をまれなく、かつ遅滞なく貴健康保険組合にお届けします。

令和 年 月 日

住 所

被保険者等

氏 名

印

オークマ健康保険組合理事長 殿

相手方の自動車(保険)関係事項

(相手方の自動車(保険))

令和 年 月 日現在

保有者と保険契約者との関係	本人 譲受人 借受人 その他()		
相手方運転者と保有者との関係	本人 従業員 親族 その他()		
事故当事者間での過失割合の協定の有無	あり なし	「あり」の場合は、その理由及び金額、分担割合を記入してください。	
自動車損害賠償責任保険の期間 (相手方自動車の強制保険)	平成・令和 令和	年 月 日から 年 月 日まで	年間
相手方自動車の任意保険加入	あり なし	保険会社名	証書の番号
相手方自動車の任意保険の期間	平成・令和 令和	年 月 日から 年 月 日まで	年間

(示談の状況)

示談が成立しているとき	令和 年 月 日成立(示談書の写しを添付)		
	示談の 内容		
示談が成立していないとき	令和 年 月 日現在 交渉中・交渉していない		
	交渉していない ときはその理由		
	請求権を放棄した ときはその理由		

(損害賠償支払状況)

自動車事故のとき保険会社から	賠償金を受領した()円 受領していない・請求中 請求者氏名()		
相手方に対する損害賠償の 請求及び受領の状況	請求した・請求していない・請求しない・受領した		
	請求した場合の 請求内容	令和 年 月 日請求	
		治 療 費	円
		休業補償費	円
受領した場合の 請求内容	令和 年 月 日請求		
	令和 年 月 日受領		
	治 療 費	円	
		休業補償費	円
		そ の 他	円

上記のとおりお届けいたします。

令和 年 月 日

オークマ健康保険組合理事長 殿

被保険者の 住所

氏名

印

事故発生状況報告書

保険証明書 番 号	第 号		自動車の 番 号		
当事者	相手方氏名 (甲)	フリガナ	被保険者等氏名 (乙)	フリガナ	運 転 同 乗 歩 行 その他
		TEL - -		TEL - -	
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	舗装してある・してない 歩道(両・片) ある・ない 直線・カーブ 平坦・坂 見通し 良い・悪い 積雪路・凍結路				
信号・標識	信号 ある・ない 駐停車禁止 されている・されていない その他標識				
速 度	甲車両	Km/h(制限速度	Km/h)、乙車両	Km/h(制限速度	Km/h)
事故発生状況を図示して下さい(道路幅をmで記入してください)					
上記図の説明を書いてください。 					

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおりご報告します。

令和 年 月 日

報告者氏名

印

当事者との関係()

健康保險(被保險者・被扶養者)負傷原因書 《交通事故用》

被保険者証の		記号		番号		被保険者氏名							
事業所名					事業所所在地								
負傷者氏名					負傷者の 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄			
負傷年月日		令和 年 月 日（ 曜日） 午前・午後 時 分頃											
事故発生の場所						傷病名							
負 傷 し た と き の 詳 細													
第三者行為によるものですか ： はい ・ いいえ													
事故発生時 ： 1. 出勤前 2. 通勤途上(出勤時・帰宅時) 3. 勤務中 4. 休憩中 5. 帰宅後 6. 休日													
自分の状況 ： 1. 自動車 2. オートバイ 3. 自転車 4. その他()													
相手の状況 ： 1. 自動車 2. オートバイ 3. 自転車 4. 人 5. なし 6. その他()													
出発時点の行き先：													
出発時点の用件：													
いつ、どこで、何を、どうしているうちに、何が、どういうふうになって、どこをどう負傷したかを詳しく記載してください。													

上記のとおりお届けいたします。

令和 年 月 日提出

被保険者の住所

氏 名

電話番号

印

健保受付年月日

オークマ健康保険組合理事長 殿

理事長	常務理事	事務長	担当者

オークマ健康保険組合

2020.1

(被保険者用)

念 書

令和 年 月 日、事故発生場所において、相手方()と被保険者等()との間で発生した交通事故で負傷した傷病について、健康保険法による保険給付を受けました。

本来であれば、本件に関する保険給付については、相手方より全額損害賠償として補填されるものですが、相手方に相当の過失があったとは認められないため、相当の過失相殺に応じることとなり、結果的に補填されない部分について、健康保険組合が負担する結果となりました。

今後は法を遵守し、事故を起こさないよう、十分注意して安全運転に努めます。

また、次回以降に同じような交通事故を繰り返した場合の保険給付については、全額自己負担とすることをここに誓約します。

令和 年 月 日

住 所

被保険者等

氏 名

印

オークマ健康保険組合理事長 殿