

## 「第三者の行為による傷病届」の提出について

自動車事故などの第三者の行為によって傷病が生じた場合、その治療費は本来加害者が負担すべきものです。しかし、加害者に支払能力がないことなどによる一時的な自費診療は被害者の負担が大きいため、健康保険で一時立て替えを行うことができます。

健保が一時的に立て替えた治療費は、後日加害者または損害保険会社に請求することになります。この請求に必要な書類が、「第三者の行為による傷病届」です。  
(健康保険法第57条及び同施行規則第65条)

### < 必要書類の提出につきまして >

#### ① 「第三者の行為による傷病届」

自分を被害者、相手を加害者(事故相手)として記入してください。

自分の過失割合が多く自分が事故上加害者となる場合でも、相手を加害者として記入してください。

#### ② 「事故発生状況報告書」「交通事故証明書の写(人身事故表示のもの)」

健保から損害保険会社に対する、損害賠償請求に必要な書類です。

#### ③ 「(事故相手方)の自動車損害賠償保険契約等の内容について」

健保が請求先の損害保険会社を確認するための書類です。

#### ④ 「念書兼同意書」

治療費の回収を確実にするために必要な書類ですので、内容を十分確認した上で必要事項を記入・押印後、健保へ提出してください。

#### ⑤ 添付いただく書類

交通事故証明書(取得先は各都道府県の交通安全センター)

交通事故証明書で物損扱いになっている場合は人身事故入手不能理由書も必要となります。

### < おねがい >

- ・ 万一、加害者が自賠償保険に加入していない場合は、被害者に要する治療費は加害者本人に請求することになります。加害者との話し合い結果を「念書兼同意書」の余白に記載してください。
- ・ 加害者との示談あるいは自賠償保険に被害者請求する場合には、必ず事前に健保に連絡をお願いします。
- ・ 病院を転院した場合、治療が終了した際は健保までご連絡ください。

日本赤十字社健康保険組合 業務課給付係

TEL: 03-6680-9060

\* 本件の一連の書類に記入された個人情報は、第三者の行為による傷病の保険給付処理のための利用に限定しています。

<記入例>

(健保記入欄)

### 第三者の行為による傷病届

受付年月日	平成	年	月	日
常務理事	事務長			担当者

被保険者	記号・番号	記号	1010	番号	99999	氏名	日赤 健太		
	現住所	〒000-0000 東京都港区〇〇 1-1 △△マンション801							
	事業所・部署名	日本赤十字社 〇〇局 △△部 □□課							
	連絡先	メールアドレス:	〇〇〇@〇〇〇.co.jp			TEL:	03-XXXXX-XXXXX		
負傷者	事故該当者	氏名	健保 太郎		生年月日	昭和 40 年 1 月 1 日			
	(本人・家族)	続柄	本人		職業	会社員			
治療状況	病院名称	〇〇〇中央病院				TEL:	03-XXXXX-XXXXX		
	所在地	東京都〇〇区△△ 1-1-1							
	傷病名	頭部打撲 頸椎挫傷 左腕骨折							
	傷病の程度	軽症・重症・死亡		治療見込	28 年 10 月 1 日 から約 15 日間ぐらい				
	治療費の支払方法	健康保険・相手方負担・自費・その他( )							
事故相手	事故相手	氏名	〇〇 健二		生年月日	昭和 36 年 5 月 3 日			
		住所	〒000-0000 東京都港区〇〇 64-5						
	事故相手の勤務先	名称	〇〇〇株式会社				TEL:	03-XXXXX-XXXXX	
		住所	〒000-0000 東京都千代田区〇〇〇 2-1-1						
住所氏名が不明の場合(その理由)									
事故内容	事故発生日時	平成 28 年 10 月 1 日			午前・午後	午後 2 時 00 分頃			
	事故発生の場所	東京都港区〇〇〇3丁目							
	事故の概要	交差点での衝突事故							
	種別	①人対車 ②車対車 ③バイク対車 ④自転車対車 ⑤人対バイク ⑥バイク対バイク ⑦自転車対バイク ⑧人対自転車 ⑨自転車対自転車 ⑩車同乗 ⑪その他( )							
	所轄署	〇〇〇		警察署・派出所	未届(理由)				
	過失の度合	自分が何割 → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10							
	(わかる範囲で)	相手が何割 → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10							
示談状況	平成 28 年 10 月 17 日現在			成立・交渉中・請求権を放棄した					

日本赤十字社健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり、第三者の行為による傷病届を提出します。

平成 28 年 10 月 17 日 被保険者氏名 日赤 健太

<記入例>

# 事故発生状況報告書

当事者	甲(事故相手)	氏名	〇〇 健二			
	乙(本人又は家族)	氏名	日赤 健太	<input checked="" type="checkbox"/> 運転 ・ 同乗 ( 甲車 ・ 甲車以外の車 ) <input type="checkbox"/> 歩行 ・ その他 ( )		
天候	<input checked="" type="checkbox"/> 晴 ・ <input type="checkbox"/> 曇 ・ <input type="checkbox"/> 雨 ・ <input type="checkbox"/> 雪 ・ <input type="checkbox"/> 霧	交通状況	混雑 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 閑散	明音	<input checked="" type="checkbox"/> 昼間 ・ <input type="checkbox"/> 夜間 ・ <input type="checkbox"/> 明け方 ・ <input type="checkbox"/> 夕方	
道路状況	舗装 <input checked="" type="checkbox"/> してある ・ <input type="checkbox"/> してない		歩道 ( 両 ・ 片 ) <input checked="" type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない		直線 ・ カーブ	
	<input checked="" type="checkbox"/> 平坦 ・ <input type="checkbox"/> 坂		見通し <input checked="" type="checkbox"/> 良好 ・ <input type="checkbox"/> 悪い		積雪路・凍結路	
信号又は標識	信号 <input checked="" type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない		駐停車禁止 <input checked="" type="checkbox"/> されている ・ <input type="checkbox"/> されていない		その他標識	
速度	甲車両 20 km/h(制限速度 50 km/h)		乙車両 30 km/h(制限速度 50 km/h)			
事故現場における状況を图示してください	事故発生状況略図(道路幅は m で記入してください)					
記上記入図の下説を	買い物に出かける途中、片側2車線道路の歩道側を走行。信号のある交差点にさしかかり 信号が青だったので右側車線を走るトラックに続いて交差点に入ったところ、車の陰から 急に右折してきた相手自動車(甲)に衝突されました。					

別紙交通事故証明に補足して、上記のとおり報告いたします。

平成 28 年 10 月 17 日

甲との関係 ( )

乙との関係 ( 本人 )

被保険者氏名 日赤 健太

健保

印

(健保記入欄)

受付年月日		令和	年	月	日
常務理事	事務長	課長	係長	担当者	

### 第三者の行為による傷病届

※記号・番号は、マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書などから確認いただけます。

被保険者	記号・番号	記号	番号	氏名									
	現住所					連絡先 Tel							
	事業所・部署名												
	連絡先	メールアドレス:		Tel:									
負傷者	事故該当者	氏名			生年月日	年 月 日							
	(本人・家族)	続柄	職業										
治療状況	病院名称					Tel:							
	所在地												
	傷病名												
	傷病の程度	軽症・重症・死亡	治療見込	年 月 日 から約		日間ぐらい							
	治療費の支払方法	健康保険・相手方負担・自費・その他( )											
事故相手	事故相手	氏名			生年月日	年 月 日							
		住所					Tel:						
	事故相手の勤務先	名称					Tel:						
		住所					Tel:						
住所氏名が不明の場合(その理由)													
事故内容	事故発生日時	平成・令和 年 月 日		午前・午後 時 分頃									
	事故発生の場所												
	事故の概要												
	種別	①人対車 ②車対車 ③バイク対車 ④自転車対車 ⑤人対バイク ⑥バイク対バイク ⑦自転車対バイク ⑧人対自転車 ⑨自転車対自転車 ⑩車同乗 ⑪その他( )											
	所轄署			警察署・派出所	未届(理由)								
	過失の度合 (わかる範囲で)	自分が何割 →	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		相手が何割 →	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
示談状況	平成・令和 年 月 日現在		成立・交渉中・請求権を放棄した										

日本赤十字社健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり、第三者の行為による傷病届を提出します。

令和 年 月 日 被保険者氏名

# 事故発生状況報告書

当事者	甲(事故相手)	氏名																																																																																																																																																																																																
	乙(本人又は家族)	氏名							運転・同乗(甲車・甲車以外の車) 歩行・その他( )																																																																																																																																																																																									
天候		晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散			明音	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			センターライン [ ある・ない ]																																																																																																																																																																																										
信号又は標識		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)																																																																																																																																																																																											
事故現場における状況を图示してください	事故発生状況略図(道路幅は m で記入してください)																																																																																																																																																																																																	
	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																	
												自転車 相手車 進行方向 信号 一時停止 一方通行 人間 自転車バイク 接触点																																																																																																																																																																																						
記上記入図の説明を																																																																																																																																																																																																		

別紙交通事故証明に補足して、上記のとおり報告いたします。

令和 年 月 日

甲との関係 ( )

乙との関係 ( ) 被保険者氏名

印

(事故相手方)の 自動車損害賠償保険契約等の内容について

保険の種類		自 賠 責 保 険	任 意 保 険
契約内容			
自動車保険証明番号			
保 険 会 社 名			
保険契約者	住 所		
	氏 名		
自 動 車	種 別		
	登録(車両)番号		
	車 体 番 号		
保 険 契 約 期 間		自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日 ( ) 年間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日 ( ) 年間
車両の 保有者	住 所		
	氏 名		
	事故相手 との関係	本人・従業員・家族・その他( )	本人・従業員・家族・その他( )
損害賠償 金支払請求先 店名	所 在 地	〒	〒
	名 称		
	担当課名		
	担当者名		
	電 話		

個人情報の取扱いに関するご案内

交通事故等で第三者の行為によって医療機関にかかり、健康保険被保険者証を用いた治療が行われた場合は、損害保険会社に診療報酬明細書(レセプト)の写しを医療費証明として提出いたします。

# 念書兼同意書

令和 年 月 日 (場所) において

(事故相手) の行為によって (被害者)

の受けた負傷について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が事故相手に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条の規定によって日本赤十字社健康保険組合が給付の価格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ここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 事故相手と示談を行う場合は、必ず事前にその内容を申し出ます。
2. 自賠責保険に被害者請求する場合は、必ず事前に申し出ます。
3. 事故相手に白紙委任状は渡しません。
4. 事故相手(保険会社)側から金銭を受領したときは、受領日、内容、金額をもれなく申し出ます。
5. 当該事故にかかる傷病が治癒したときは、速やかに申し出ます。
6. 上記のほか、日本赤十字社健康保険組合が行う代位取得求償権の行使について協力します。

私の個人情報及びこの念書兼同意書の取り扱いにつき、次の事項に同意いたします。

1. 日本赤十字社健康保険組合が損害賠償請求を行う際に、傷病に関する診療報酬明細書等の写しを、損害保険会社および自賠責保険へ提供すること。
2. 事故相手の加入する損害保険会社の保有する損害賠償に関する情報について日本赤十字社健康保険組合が提供を受けること。
3. この念書兼同意書をもって上記事故による求償業務に関する事項を健康保険組合へ情報提供する保険会社への同意を含むこと。
4. この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

日本赤十字社健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日 住 所

被害者氏名

印

被保険者氏名

印