

「第三者の行為による傷病届」について

届出記入上の注意

1. この届出は本人または家族が第三者の不法行為(交通事故等)で負傷し、健康保険で治療を受けることになったとき、速やかに提出してください。
2. 労災(業務上や通勤途上での事故)に該当する場合は、健康保険での給付は受けられません。健康保険証を使用した時は、かかった治療費について返還していただくこととなります。速やかに会社の労災保険担当者にご相談ください。
3. この届を提出して健康保険で治療または傷病手当金を受給したときは、その給付の限度額において保険者(リクルート健保)が加害者や損害保険会社に対して損害賠償請求権を代位取得することとなります。〔健康保険法第57条〕
4. 加害者不明の場合は記入できる範囲で、また、添付書類についても添付できる範囲でご提出願います。

提出書類について

以下、A)～G)の書類を必要に応じてご提出ください。★印のついている書類は、当健保のフォーマットがあります。

- | | |
|------------------|---|
| A) ★第三者の行為による傷病届 | … 【 必提出 】 |
| B) ★負傷原因届(回答票) | … 【 必提出 】 |
| C) ★念書・同意書 | … 【 必提出 】 上段が「念書」、下段が「同意書」となっています。「同意書」については、交通事故以外の場合は不要です。 |
| D) ★損害賠償金納付確約書 | … 【 必提出 】 相手方に渡して記入していただきます。相手方の保険会社による記載でも構いません。(被保険者側の過失が大きい、係争中、相手が過失を認めない等の事由で書いてもらえない場合、および加害者不明の場合は意見欄にその旨記入して提出ください。) |
| E) ★診断書 | … 【 必提出 】 担当医師に記入してもらってください。(当健保のフォーマットと同内容のものであれば、医療機関独自のものでも構いません。) |
| E) ★事故発生状況報告書 | … 【 交通事故の場合は必提出 】 事故の状況を詳しく記入してください。(当健保のフォーマットと同内容のものであれば、他の機関が作成したものでも構いません。) |
| F) 交通事故証明書 | … 【 交通事故の場合は必提出 】 安全運転センターで発行されます。また最寄の警察署、派出所でも「交通事故証明書交付申請書」が備えられていますので、お問合せください。死亡の場合、「戸籍謄本」や「死亡診断書」が必要となる場合があります。 |
| G) 示談書の写し | … 【 示談がすでに成立している場合は必提出 】 |

■ 送付・お問合せ先 ■

〒100-6640

東京都千代田区丸の内1-9-2 グラントウキョウサウスタワー
リクルート健康保険組合 業務グループ 第三者行為担当

TEL 03-6705-0452

第三者の行為による傷病届 (1枚目/全2枚)

平成 年 月 日記入

届出者 (被保険者)	被保険者証 記号番号	—	氏名・捺印	印
	生年月日	昭平 年 月 日	事業所名	
	住所・電話	〒 TEL		

被害者 (被保険者もしくは 被扶養者)	氏名		続柄		性別	男・女	年齢	才
	住所・電話	〒 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 届出先(警察署) 無：理由()						

※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

加害者	氏名		性別	男・女	年齢	才
	自宅 住所・電話	〒 TEL				
	勤務先名 または職業					
	勤務先 住所・電話	〒 TEL				
	加害者が未 成年・責任無 能力者の場 合	親権者・監督 義務者氏名		加害者 との続柄		
	同、自宅 住所・電話	〒 TEL				
加害者が不 明の場合	理由					

事故概要	発生日時	平成 年 月 日 (曜) (午前・午後) 時 分頃						
	発生場所							
	過失割合	被害者(当方) 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 割 加害者(相手) 10・9・8・7・6・5・4・3・2・1・0 割						

リクルート健康保険組合殿

~~~~~  
受付日付印

### 第三者の行為による傷病届 (2枚目/全2枚)

|                         |           |                                                    |         |         |  |  |
|-------------------------|-----------|----------------------------------------------------|---------|---------|--|--|
| 交通事故の場合、事故の相手の自動車保険加入状況 | 自賠責保険について | 証明書番号                                              |         |         |  |  |
|                         |           | 保険会社名                                              | 所在地     | 〒       |  |  |
|                         |           | TEL                                                |         |         |  |  |
|                         |           | 保険契約者名(名義人)                                        | 住所      | 〒       |  |  |
|                         | TEL       |                                                    |         |         |  |  |
|                         | 保有者との関係   |                                                    |         | 加害者との関係 |  |  |
|                         | 任意保険について  | 契約書番号                                              |         |         |  |  |
|                         |           | 任意一括(任意保険会社が自賠責保険の支払金額を含めて一括して対応している)ですか? → はい・いいえ |         |         |  |  |
| 保険会社名                   |           | 所在地                                                | 〒       |         |  |  |
| TEL                     |           |                                                    |         |         |  |  |
| 保険契約者名(名義人)             | 住所        | 〒                                                  |         |         |  |  |
| TEL                     |           |                                                    |         |         |  |  |
| 保有者との関係                 |           |                                                    | 加害者との関係 |         |  |  |

|           |              |         |    |    |   |           |              |          |                          |
|-----------|--------------|---------|----|----|---|-----------|--------------|----------|--------------------------|
| 治療状況(治療順) | ①            | 医療機関の名称 |    | 入院 | 年 | 月         | 日から          | 自費・加害者負担 |                          |
|           |              |         |    | 通院 | 年 | 月         | 日まで          | 自賠責・社会保険 |                          |
|           | ②            | 医療機関の名称 |    | 入院 | 年 | 月         | 日から          | 自費・加害者負担 |                          |
|           |              |         |    | 通院 | 年 | 月         | 日まで          | 自賠責・社会保険 |                          |
|           | ③            | 医療機関の名称 |    | 入院 | 年 | 月         | 日から          | 自費・加害者負担 |                          |
|           |              |         |    | 通院 | 年 | 月         | 日まで          | 自賠責・社会保険 |                          |
|           | 治癒見込み(治療終了日) |         | 平成 | 年  | 月 | 日 (予定・終了) | ※終了の場合は最終受診日 |          | ↑支払区分を医療機関に確認して○で囲んでください |

|                |                               |                                 |   |   |   |       |     |
|----------------|-------------------------------|---------------------------------|---|---|---|-------|-----|
| 示談および損害賠償支払の状況 | 示談・和解                         | した(示談書の写しを添付ください)・交渉中・しない(理由: ) |   |   |   |       |     |
|                | 治療費、仮渡金など金品を受領した場合は具体的に記入ください | 年                               | 月 | 日 | 円 | 名目( ) | として |
|                |                               | 年                               | 月 | 日 | 円 | 名目( ) | として |
|                |                               | 年                               | 月 | 日 | 円 | 名目( ) | として |
|                |                               | 年                               | 月 | 日 | 円 | 名目( ) | として |

|        |          |                                                                                         |
|--------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 休業補償状況 | 方法(該当に○) | ア)加害者が負担      イ)職場から支給      ウ)自賠責へ請求<br>エ)社会保険へ傷病手当金請求(予定)      オ)その他(被害者加入の人身傷害保険請求など) |
|--------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

# 負傷原因届(回答票)

平成 年 月 日記入

|      |               |     |    |  |
|------|---------------|-----|----|--|
| 被保険者 | 被保険者証<br>記号番号 | —   | 氏名 |  |
|      | 連絡先<br>電話番号   | TEL |    |  |

|     |             |     |    |  |    |     |    |   |
|-----|-------------|-----|----|--|----|-----|----|---|
| 負傷者 | 氏名          |     | 続柄 |  | 性別 | 男・女 | 年齢 | 才 |
|     | 連絡先<br>電話番号 | TEL |    |  |    |     |    |   |

|                 |                                                   |                                                                              |     |     |    |    |   |        |   |    |
|-----------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|----|---|--------|---|----|
| 負傷、事故、治療<br>の状況 | 疾病名                                               |                                                                              |     |     |    |    |   |        |   |    |
|                 | 負傷日時                                              | 平成                                                                           | 年   | 月   | 日( | 曜) | ( | 午前・午後) | 時 | 分頃 |
|                 | 負傷場所                                              | 1. 会社内 2. 路上 3. 駅構内 4. その他( )                                                |     |     |    |    |   |        |   |    |
|                 | 負傷時<br>の状況                                        | 1. 出勤途中 2. 業務中 3. 勤務の休憩中 4. 社用外出中<br>5. 退勤途中( 自宅直行・寄り道等あり ) 6. 私用中 7. その他( ) |     |     |    |    |   |        |   |    |
|                 | 加害者の有<br>無や状況                                     | 1. 第三者による加害行為 ( 相手方判明・相手方不明 )<br>2. 自損行為                                     |     |     |    |    |   |        |   |    |
|                 | 負傷原因<br><small>何をしている時に<br/>どこを<br/>どうしたか</small> |                                                                              |     |     |    |    |   |        |   |    |
|                 | 治療の<br>医療機関                                       | ①                                                                            | 名称: |     |    |    |   |        |   |    |
|                 |                                                   | ②                                                                            | 名称: | TEL |    |    |   |        |   |    |
|                 |                                                   | ③                                                                            | 名称: | TEL |    |    |   |        |   |    |
|                 | 治療状況                                              | 1. 治癒 2. 治療継続中 3. 中止 平成 年 月 日現在                                              |     |     |    |    |   |        |   |    |

# 念 書

平成\_\_\_\_\_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、リクルート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、リクルート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リクルート健康保険組合が優先的に充当支払を受けられることに異議ありません。

あわせて、以下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取ったときは、内容および金額を漏れなく速やかに届け出ること

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 被保険者

住所

氏名

印

リクルート健康保険組合殿

# 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、リクルート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損害賠償権を取得することになります。

つきましては、リクルート健康保険組合が損害賠償権の支払い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、リクルート健康保険組合は受領金額なら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。

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 同意者(自賠責保険請求者)

住所

氏名

印

リクルート健康保険組合殿

## 損害賠償金納付確約書

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日、(相手方氏名)\_\_\_\_\_に傷害を負わせましたが、その傷害に係る損害賠償請求権を保険給付価額の限度において、リクルート健康保険組合が代位取得し、リクルート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、リクルート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、リクルート健康保険組合が充当支払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、リクルート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。

平成 年 月 日 損害賠償支払義務者(未成年の場合は親権者)

住所

氏名

印

リクルート健康保険組合殿

【意見欄】

意見欄の記入者氏名

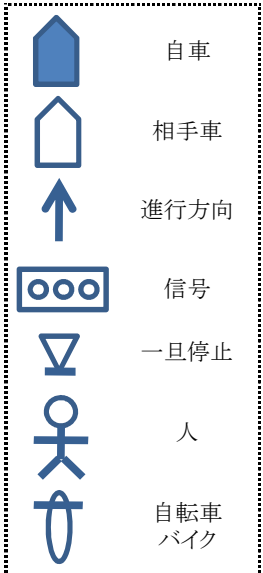


# 事故発生状況報告書

別紙交通事故証明に補足して、以下のとおりご報告します。

平成 年 月 日記入

報告者  
 甲との関係( )  
 乙との関係( ) 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

|                  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                 |           |              |              |           |       |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|--------------|-----------|-------|
| 当事者              | 甲(相手・第三者)                                                                                                                                                                                          | 氏名 _____                                                                                        |           |              | 電話番号 _____   |           |       |
|                  | 乙(受診者)                                                                                                                                                                                             | 氏名 _____                                                                                        |           |              | 電話番号 _____   |           |       |
| 事故の概況            | 事故証明書番号                                                                                                                                                                                            | 第 _____ 号                                                                                       |           |              |              |           |       |
|                  | 自動車の番号(ナンバー)                                                                                                                                                                                       | 甲車両( _____ )                                                                                    |           |              | 乙車両( _____ ) |           |       |
|                  | 乙の状態                                                                                                                                                                                               | 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( されている・されていない ) 歩道( 両側・片側・なし ) 道路形状( 直線・カーブ )<br>道路傾斜( 平坦・坂道 ) 見通し( 良好・悪い ) 路面状態( 良好・積雪・凍結 ) |           |              |              |           |       |
|                  | 信号、標識                                                                                                                                                                                              | 信号( あり・なし ) 自転車側信号( 青・赤・他( ) ) 相手側信号( 青・赤・他( ) )<br>駐停車禁止( 指定されている・指定されていない ) 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) |
| 事故現場の状況を图示してください | ※道路幅をmで記入してください <div style="float: right; border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;">  </div> |                                                                                                 |           |              |              |           |       |
| 上図の説明            |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                 |           |              |              |           |       |