

「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) ★念書兼同意書 | … | 【必提出】 |
| 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」が必要となることがあります。 |
| 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
0120-501-042(音声ガイダンスで「1」を選択)

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 自賠責・社会保険
				通院	年	月	日から	
	②	医療機関の名称		入院	年	月	日から	自費・加害者負担 自賠責・社会保険
				通院	年	月	日から	
	③	医療機関の名称		入院	年	月	日から	自費・加害者負担 自賠責・社会保険
				通院	年	月	日から	
	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 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 記号番号	—	氏名	
	連絡先 電話番号	TEL		

負傷者	氏名		続柄		性別	男・女	年齢	才
	連絡先 電話番号	TEL						

負傷、事故、治療 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 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 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 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) 2. 自損行為						
	負傷原因 <small>何をしている時に どこを どうしたか</small>							
	治療の 医療機関	①	名称: TEL					
		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						

念書兼同意書

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、かつ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。

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。

また、上記の事故に関して、私の個人情報及びこの念書兼同意書の取り扱いにつき、以下の事項に同意します。

- (1)健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項について保険会社等から提供を受けること
- (2)健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項(診療報酬明細書の写し等)について保険会社等に対して提供をすること。
- (3)この念書兼同意書をもって上記の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等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。

さらに、私が70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていた場合、当該軽減特例措置によって支給された一部負担金等の一部に相当する額について、国が加害者又は加害者が加入する損害保険会社等に請求を行うこと、国が保険者に損害賠償額の支払の請求及び受領を委任すること並びに委任を受けた保険者が当該金額についての請求事務及び受領代行を外部機関に委託することについても同意します。

その上で、保険者が損害保険会社等から受領した金銭と被保険者が返還すべき額を相殺することに同意します。

また、保険者が保険給付又は損害賠償請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること、保険給付後に傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還することに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

1. 加害者(保険会社・共済団体)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(保険会社・共済団体)に白紙委任状を渡さないこと
3. 加害者(保険会社・共済団体)から金品を受け取ったときは、受領日、内容、金額を漏れなく速やかに貴組合に届け出ること

平成 年 月 日 被保険者 住所
氏名
被害者(受診者) 氏名
続柄

印

国及びリクルート保険組合殿

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

診 断 書

傷病者	氏名	男 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日 (才)				
	住所										
傷病名 および 様態											
入院治療	平成 平成	年 年	月 月	日から 日まで	付添看護	平成 平成	年 年	月 月	日から 日まで	日間を要す 日間を要す	
通院治療	平成 平成	年 年	月 月	日から 日まで		日間を要す	〈付添看護が必要な事由〉				
治癒見込	平成	年	月	日		(治癒見込 ・ 治癒)					
後遺症内容	※精神・神経・運動に障害を残す場合は詳述願います										
(労働者災害補償保険 級別 級 号に該当)											

上記のとおり診断いたします

平成 年 月 日

所在地

名称

医師名

印

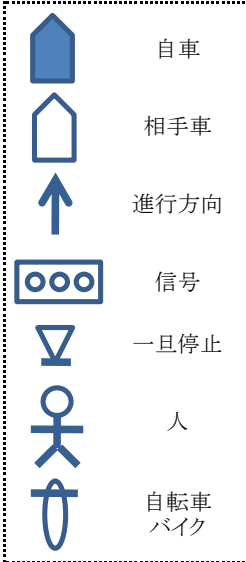
※この診断書は調査資料としてリクルート健康保険組合が書式を定めておりますが、
同内容のものであれば、貴院の用紙を使用いただいても差し支えございません。

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) 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) 自車側信号(青・赤・他()) 相手側信号(青・赤・他()) 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	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; display: inline-block;">  </div> <p>※道路幅をmで記入してください</p>				
上図の説明					