

「第三者行為による傷病届」の提出について

Jーオイルミルズ健康保険組合

1. 必要書類

- ①第三者行為による傷病届
- ②事故発生状況報告書
- ③念書
- ④診断書
- ⑤交通事故証明書（人身事故表示のもの）

2. 必要書類の提出につきまして

- ①「第三者行為による傷病届」は、被保険者又は被扶養者が第三者行為に因って疾病にかかり又は負傷した場合の届出です。事故が発生しましたら、すみやかに提出してください。たとえ、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。加害者の自動車保険加入状況は健康保険使用による治療費などを求償するため、Jーオイルミルズ健康保険組合が請求先の自動車保険会社を確認するものです。
- ②「事故発生状況報告書」並びに自動車安全運転センターの「交通事故証明書」はJーオイルミルズ健康保険組合から自動車保険会社に対する、保険請求に必要な書類です。
- ③「念書」は健康保険組合から加害者（主として、加害者が加入している自動車保険会社）あてに請求するために被保険者の方にご記入いただく書類です。また、加害者が負担すべき被害者の治療費を、加害者に代わってJーオイルミルズ健康保険組合が立替えますので、その立替金の返納を約束するものです。

3. 保険給付と損害賠償の請求

治療費、傷病手当金、その他看護費など、通常の傷病と同様に保険給付は受けられますが、健康保険組合から給付した金額については組合が、加害者に損害賠償として請求することになりますので、この分は本人から加害者に請求する権利はなくなります。

（健康保険法第57条第1項）

4. お願い

- ・加害者との示談あるいは自賠責保険に被害者請求する場合は、必ず、事前にJーオイルミルズ健康保険組合に連絡してください。
- ・治療完了の際は完了日をJーオイルミルズ健康保険組合までご連絡ください。

第三者行為による傷病届

J-オイルミルズ健康保険組合理事長殿

健保被保険者記号 同 番号	123 1000	氏名	健康 太郎	
勤務事業所名 及び部署名	株式会社〇〇〇 〇〇支店			
自宅住所	〒123-1234 〇〇県〇〇市〇〇町 123			
負傷者が被扶養者 の場合その氏名	健康 華子	生年月日	昭・平 XX年 XX月 XX日	続柄 妻
第三者 (加害者)	氏名 加害 一郎	TEL 000-000- 0000		
	住所 ××県××市××町 1-2			
第三者の勤務先 又は監督義務者	名称又は氏名 ×××会社	TEL 000-000- 0000		
	所在地又は住所 ××県××市××町 12-1			

負傷の原因について

いつ (日時)	平成 XX 年 XX 月 XX 日 午前・ 午後 XX 時 XX 分頃
どこで (場所)	××県××市××町 1-1
何を (目的) いずれかに○印	業務中・出退勤途上・ その他 買い物からの帰宅途中) ※業務中・出退勤途上は、労災保険を適用し、健康保険は適用できません。
原因・状況 (できるだけ詳しく)	交差点で、信号待ちをしていたところ、後続車に追突された。

治療状況について

傷病名	胸部打撲、鎖骨骨折		
医療機関名	〇〇〇病院	所在地	〒123-5678 〇〇県〇〇市〇〇3-5
治療期間	平成 XX 年 XX 月 XX 日から平成 XX 年 XX 月 XX 日 自賠責 ・自費・健保		
医療機関名		所在地	
治療期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日 自賠責・自費・健保		
医療機関名		所在地	
治療期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日 自賠責・自費・健保		

第三者（加害者）側の自賠責（強制）保険について、わかる範囲で記入してください。

自賠責証明書番号	E1234567	自賠責保険会社	〇〇〇損害保険株式会社
自賠責会社所在地	××県××市××4-3	自賠責会社連絡先	TEL 000-000-0000
自賠責保険契約者	加害 一郎	自賠責社担当者	〇〇 〇〇
自賠責保険期間	平成 XX 年 XX 月 XX 日 ~ 平成 XX 年 XX 月 XX 日		
登録番号	××〇〇あ〇〇〇〇	車体番号	AB1-1234567

第三者（加害者）側の自動車（任意）保険について、わかる範囲で記入又は○印をしてください。

加入の有無	有り・ <u>無し</u>	任意保険会社	
任意保険契約者		任意保険証券番号	
任意保険社連絡先	TEL	任意保険社担当者	
保険期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

貴方の人身傷害補償（任意）保険について、わかる範囲で記入又は○印をしてください。

加入の有無	有り・ <u>無し</u>	任意保険会社	
任意保険契約者		任意保険証券番号	
任意保険社連絡先	TEL	任意保険社担当者	
保険期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

損害補償（示談を含む）及び治療費、支払状況について、分かる範囲で記入又は○印をしてください。

賠償の窓口（請求先）	加害者側任意保険会社・人身障害任意保険会社・自賠責保険会社・加害者		
自己負担分の医療費の支払方法	医療機関から直接任意保険会社に請求・立替後任意保険会社に請求・立替後自賠責保険会社に請求・立替後加害者に請求・立替後政府保障事業に請求		
自賠責請求年月日	平成 年 月 日	自賠責受領年月日	平成 年 月 日
初診年月日	平成 年 月 日	死亡年月日	平成 年 月 日
治癒年月日	平成 年 月 日	症状固定年月日	平成 年 月 日
示談年月日	平成 年 月 日	過失の有無	有り・無し
貴方の過失割合に関する意見	過失割合：相手側 _____% 対 貴方 _____%		

自動車事故の場合は、次の書類を提出してください。

- ①診断書 ②交通事故証明書 ③事故発生状況報告書 ④念書 ⑤示談書の写し(未成立の場合は不要)

事故発生状況報告書

当事者	甲 (加害者)	氏名 加害 一郎	車両番号 AB1-1234567
		TEL 000-000-0000	自賠責保険会社 〇〇〇損害保険株式会社
	乙 (被害者)	氏名 健康 華子	車両番号 CD1-1234567
		TEL 012-3456-7890	自賠責保険会社 △△△火災保険株式会社
	丙	氏名	車両番号
		TEL	自賠責保険会社
事故発生日時	平成 XX 年 XX 月 XX 日 午前・ 午後 XX 時 XX 分頃		
事故発生場所	××県××市××町1-1		
天候	晴・ 曇 ・雨・雪・霧	交通状況	混雑 ・普通・閑散
速度	甲車両 60 km/h (制限速度 50 km/h) 乙車両 0 km/h (制限速度 50 km/h)		
事故現場における甲と乙の状況	<p>(道路幅をmで記入してください。)</p>		
上図の説明	<p>交差点で信号待ちをしていたところ、わき見運転をしていた加害者の車に、後方から追突された。</p>		

平成 **XX** 年 **XX** 月 **XX** 日

報告者氏名 **健康 太郎**

甲との関係() 乙との関係(**夫**)

健康

