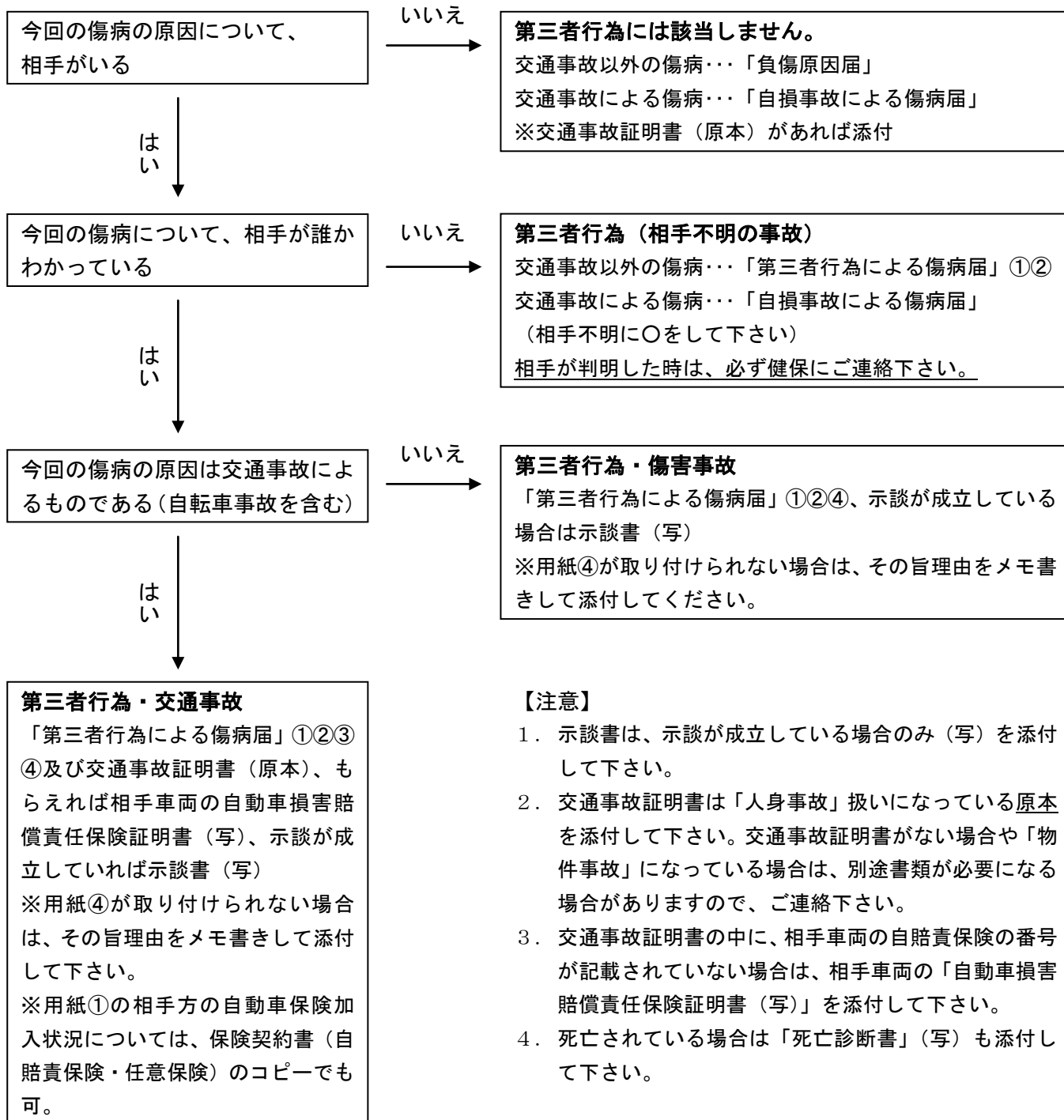


## 第三者（相手）行為による傷病届の流れ

### 《事故の状況》

### 《提出書類》



### 【注意】

1. 示談書は、示談が成立している場合のみ（写）を添付して下さい。
2. 交通事故証明書は「人身事故」扱いになっている原本を添付して下さい。交通事故証明書がない場合や「物件事故」になっている場合は、別途書類が必要になる場合がありますので、ご連絡下さい。
3. 交通事故証明書の中に、相手車両の自賠責保険の番号が記載されていない場合は、相手車両の「自動車損害賠償責任保険証明書（写）」を添付して下さい。
4. 死亡されている場合は「死亡診断書」（写）も添付して下さい。

## 第三者（相手）行為による傷病の届出について

第三者行為による傷病について、健康保険法第 57 条に基づく診療を受けた場合は健康保険法施行規則第 65 条の規定により、被保険者は遅滞なく健康保険組合に届け出るようになっていきます。別紙「第三者行為による傷病届の流れ」をご確認いただき、必要書類を至急ご提出下さい。

### 記

#### 用紙①②：第三者行為による傷病届

- ・相手が不明の場合は、相手先記入欄の「不明」に○をつけ、不明である理由を記入してください。
- ・相手方の自動車保険加入状況については、保険契約書（自賠責保険・任意保険）のコピーでも可。

#### 用紙③：事故発生状況報告書

- ・交通事故の場合、事故発生の状況をできる限り詳細に記入してください。特に信号の色は必ず記入してください。

#### 用紙④：誓約書（相手方に記入してもらってください）

《注意》相手が不明の場合は提出の必要はありません。相手が判明していて記入してもらえない場合は、白紙のまま、その理由を書いたメモ書きを添えてください。

#### その他書類（必要に応じてご提出ください）

##### ■交通事故証明書（警察署または自動車安全運転センターで証明した**原本**）

- ・事故の種別が「人身事故」扱いになっていない時、または事故証明が取れない時はご連絡下さい。

##### ■相手方自動車にかかる自動車損害賠償責任保険証明書（写）

- ・交通事故証明書の中に、相手車の自賠責保険の番号が記載されていない場合は添付して下さい。

##### ■示談書

- ・示談が成立している場合のみ写しを添付して下さい。

**書類ご提出の前に、記入もれ・署名捺印もれがないか再度ご確認ください。**

以上

【問い合わせ先】東プレ健康保険組合

〒252-0253 神奈川県相模原市中央区南橋本 3-2-25

TEL : 042-772-8161（直通）

## 第三者行為による傷病届

### 《被保険者・被扶養者》

被保険者	記号番号	—	氏名		連絡先		
	住所	〒					
	被保険者が勤務する事業所		所属				
事故該当者	本人の場合	氏名		生年月日	年	月	日
	被扶養者の場合	氏名		生年月日	年	月	日
		職業		続柄			
事故該当者の治療状況	①医療機関名				主傷病名		
	治療期間	自：	年	月	～至：	年	月
	病院の住所	〒					
	②医療機関名				主傷病名		
	治療期間	自：	年	月	～至：	年	月
	病院の住所	〒					
	③医療機関名				主傷病名		
	治療期間	自：	年	月	～至：	年	月
	病院の住所	〒					
人身障害補償保険への加入状況確認	被保険者又は被扶養者の自動車損害賠償保険契約（任意保険）について「人身障害補償保険（※）」へ加入していますか ※「人身障害補償保険」・・・事故相手の治療費ではなく、自分自身の治療費を払ってくれる保険のこと はい → 保険会社（ ）担当者（ ）連絡先（ ） いいえ						

（注意）負傷原因が「業務上」や「通勤災害」（往路・帰路）により生じた場合は、健康保険での治療はできませんので、医療機関へ申し出てください。

### 《相手先（事故相手）》 相手先が：判明（下記にご記入下さい） ・ 不明（下記に不明の理由をご記入下さい）

相手方	氏名		連絡先						
	住所	〒							
	勤務先名称		職業						
	勤務先住所	TEL ( )							
	相手方の住所氏名が不明の場合はその理由：								
相手方の自動車保険加入状況	自賠責保険	証明書番号		契約者氏名					
		車台番号							
		契約保険会社	名称						
			所在地	〒					
		保険契約期間	自：	年	月	日	～至：	年	月
	任意保険	任意保険の加入	ある（※下記にご記入ください） ・ ない						
		証明書番号		契約者氏名					
		契約保険会社	名称						
			所在地	〒					
			連絡先		担当者				
保険契約期間	自：	年	月	日	～至：	年	月	日	

↑請求先になりますので、詳しく記入してください。

### 《事故発生内容》

発生年月日	年 月 日 AM・PM 時 分頃
発生場所	
種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打・殺傷・その他（ ）
事故結果	軽症 ・ 治療 ・ 重症 ・ 死亡
警察官の立会い	あった ない ないが届出済み わからない
過失の割合	自分が（ ）%、相手の過失割合は（ ）%だと思います。
示談の状況	1. 示談が成立した（ 年 月 日） 2. 交渉中 3. これからする予定 4. しない（理由： ） ※1と回答の場合は、示談書（写）も添付して下さい。
負傷したときの状況	1. 出勤途中 2. 勤務中 3. 勤務日の休憩中 4. 社用外出中 5. 帰宅途中（自宅直行・寄り道途中） 6. 私用中 7. 学校の授業中 8. 部活動中 9. 通学中 10. アルバイトやパートに行く途中 11. その他（ ）
負傷の原因について	何をしているとき、どこをどのようにして負傷したのか、できるだけ詳しくご記入下さい。

### 念書

年 月 日（場所） において  
（相手方氏名） の不法行為により（当方氏名） 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条の規定によって、健康保険組合が保険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、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行う場合は必ず前もって貴職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. 加害者側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、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。

年 月 日

住所

名前

















印

東プレ健康保険組合 殿

この届には、下記の書類を添付して下さい。もし添付書類を揃えるのに時間がかかる時は、この届のみを提出し、添付書類は後日提出して下さい。

1. 示談が成立している時は、示談書の写し
2. 交通事故によるものは、交通事故証明書（原本）

《事故発生状況報告書》

当事者氏名					
速度	自車両	km/h	(制限速度)	km/h)	
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・ない	歩道（両・片）：ある・ない	駐車禁止：されている・されていない		
	道は：平坦・坂道・直線・カーブ		見通しは：良い・悪い	信号は：ある・ない	
事故現場の状況を図示してください	事故発生状況略図（道路幅をmで記入してください）				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>自車 </p> <p>相手車 </p> <p>進行方向 </p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人間 </p> <p>自転車 </p> <p>バイク </p> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <p>自車 </p> <p>相手車 </p> <p>進行方向 </p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人間 </p> <p>自転車 </p> <p>バイク </p> </div> </div> <p>※信号の色は必ず記入してください。</p>				
上記図の説明を記入してください	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>				
上記の通り報告いたします。					
年 月 日					
被保険者氏名					

※交通事故証明書（原本）を添付くださいますようお願いいたします。

(相手方記入)

## 誓約書

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 (場所) \_\_\_\_\_で発生した事故により  
(被保険者) \_\_\_\_\_が被った傷病の治療につき、健康保険組合が健康保険に  
より負担した費用を貴所から請求を受けた場合は、当事者間の過失割合により、当方の過失相応分  
について、責任をもってお支払いします。

上記のとおり誓約します。

年 月 日

誓約者 住所

氏名

印

連帯保証人 (誓約者との続柄 : \_\_\_\_\_ )

住所

氏名

印

東プレ健康保険組合 殿