

第三者行為に必要な書類について

(交通事故用)

第三者行為による傷病について健康保険診療を受ける場合は、当組合までご一報ください。（医療機関によっては組合担当者の許可を求められる場合があります。）

また、第三者行為による傷病について、健康保険法に基づく保険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下記の書類を健康保険組合に届出ることになっています。

事故から1ヵ月を目途に当組合に提出してください。遅れる場合はご一報ください。提出がない場合、被保険者証の使用が認められないことがありますのでご注意ください。

《必要書類》

- ① 第三者の行為による負傷疾病の届（A4サイズ 2枚）
- ② 事故発生状況報告書（A4サイズ 1枚）
- ③ 負傷原因届（A4サイズ 1枚）
- ④ 念書（A4サイズ 1枚）
- ⑤ 同意書（A4サイズ 1枚）
- ⑥ 損害賠償金納付確約書（A4サイズ 1枚）
- ⑦ 交通事故証明書（原本 1通・種別が人身事故となっているもの）

《提出先・問い合わせ先》

〒231-0033
神奈川県横浜市中区長者町3丁目8番11号
リッシュアヴェニュー横濱関内5階
神奈川県医療従事者健康保険組合 事務局 給付担当

電話 045—641—3400
※お問合せの際は、健康保険証の記号・番号をお知らせください。

損害賠償請求権の代位取得について

第三者の行為（交通事故・飲食店での食中毒など）によるケガ・病気でも健康保険の給付を受けることができます。しかし、第三者行為は加害者（相手方）が支払うべきものを健康保険組合が一旦立替えてることになりますので、健康保険組合は保険給付に要した費用を加害者または保険会社等に請求しなければいけません。

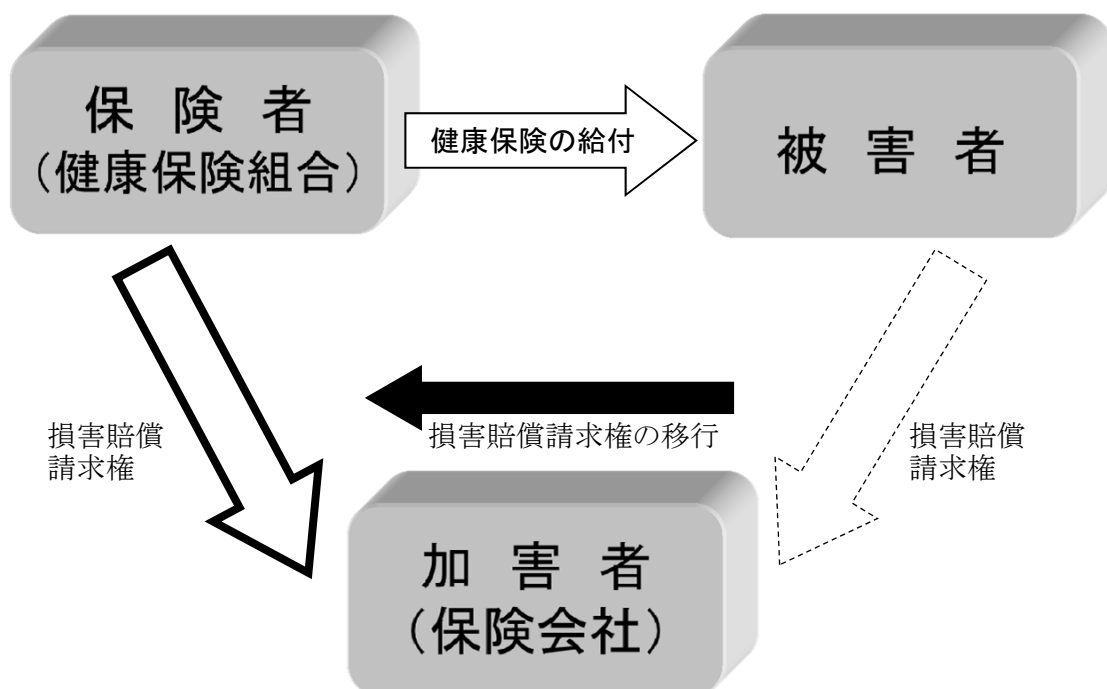
つまり、健康保険の給付が行われると被害者の持っている損害賠償請求権が自動的に健康保険組合に移り、健康保険組合が損害賠償請求をすることになります。

したがって、被害者が健康保険の給付を受けた時は、健康保険組合に連絡せずに加害者から損害賠償金を受け取ることはできなくなります。賠償金を受け取った場合、健康保険組合は被害者に対して受け取った損害賠償金の範囲内で、健康保険の給付金を返納していただくことになります。

健康保険法第57条（損害賠償請求権）

「保険者は、給付事由が第三者の行為によって生じた場合において、保険給付を行ったときは、その給付の価額の限度において、保険給付を受ける権利を有する者が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得する。

2 前項の場合において、保険給付を受ける権利を有する者が第三者から同一の事由について損害賠償を受けたときは、保険者は、その価額の限度において、保険給付を行う責めを免れる。」



第三者の行為による負傷疾病の届（交通事故用）

被 保 険 者	被保険者証 記号番号							勤務先 事業所名			部署名		
	氏名							男 女	生年月日	昭・平・令 年 月 日			
	住所	〒						電話番号					
（ 被 害 者 ）	氏名			男 女	生年月日	昭・平・令 年 月 日			被保険者 との続柄				
	住所	〒						電話番号					
（ 加 害 者 ）	氏名			男 女	生年月日	昭・平・令 年 月 日			職業				
	住所	〒						電話番号					
	勤務先			勤務先 所在地	〒		Tel						
	加害者が不明の ときはその理由												
事故発生 日時	平成・令和 年 月 日（ 曜日）				午前 午後	時 分頃	事故発生 場所						
警察への 届出	有（ 人身事故 ・ 物損事故 ）（ ）警察署 ・ 無												
事故の加害者(第三者)の自動車保険加入状況													
自 賠 責 保 険	保険会社名					保険会社 所在地	〒		担当者	Tel			
	自動車の 種別					登録番号 (車両番号)			車台番号				
	自賠責証明書番号	第	号			保険期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日						
	保険契約者	氏名				住所 (所在地)				関係	保有者との		
	自動車保有者	氏名				住所 (所在地)				加害者との 関係			
任 意 保 険	保険会社名					保険会社 所在地	〒		担当者	Tel			
	契約証書番号	第	号			保険期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日						
	保険契約者	氏名				住所 (所在地)							
	任意一括について(※)	有 ・ 無											

受付印

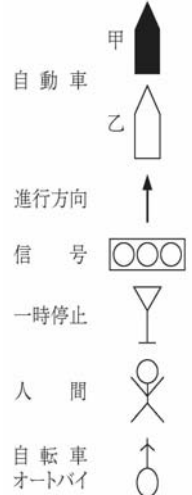
(※)任意一括とは、任意保険が窓口となり自賠責保険の保険金分も一括して被害者に支払う仕組みです。

治療状況	①	医療機関	名称		入院	年 月 日 ~ 年 月 日
			所在地		通院	年 月 日 ~ 年 月 日
		支払方法	自費・加害者負担・自賠責・健康保険		傷病名	
	②	医療機関	名称		入院	年 月 日 ~ 年 月 日
			所在地		通院	年 月 日 ~ 年 月 日
		支払方法	自費・加害者負担・自賠責・健康保険		傷病名	
	③	医療機関	名称		入院	年 月 日 ~ 年 月 日
			所在地		通院	年 月 日 ~ 年 月 日
		支払方法	自費・加害者負担・自賠責・健康保険		傷病名	
		治癒見込 (治療終了日)	年 月 頃 ・ 不明 (年 月 日 終了)		(注) 治療費の支払区分は医療機関に確認して○で囲んでください。 治療が終了しているときは最終受診日を記入してください。	
休業補償	休業(治療)中の休業補償について(該当する記号に○をしてください)					
	ア 加害者(第三者)が負担	イ 職場から支給	ウ 自賠責保険へ請求			
示談の状況	示談・和解について(該当する記号に○をしてください) ※示談をしている場合は、示談書の写しを添付してください					
	ア 示談が成立 (成立日 年 月 日)					
	イ 示談交渉中					
損害賠償の支払状況	加害者(第三者)・損害保険会社からの賠償金の受領		請求中 受けた ・ 受けていない ・ (年 月 日 請求)			
	賠償金を受けた場合	受領日	年 月 日	受領金額	円	()
			年 月 日		円	()
			年 月 日		円	()

○自動車事故以外の交通事故の場合で、相手方が損害保険等に参加している場合はこちらに記入してください。

保険関係	保険の種類		契約証書番号	
	保険会社名		保険会社所在地	〒 TEL
	保険契約者		住所(所在地)	〒 TEL
	保険契約期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		

事故発生状況報告書

証明書番号 (相手方自賠責)	第	号	当事者	甲 (相手方・第三者)	氏名	連絡先
自動車の 登録番号				乙 (受診者)	氏名	連絡先
乙(受診者) の状態	運転・同乗・歩行・その他()			交通状況	混雑・普通・閑散	
天候	晴れ・曇り・雨・雪・霧			明暗	昼間・夜間・明け方・夕方	
道路状況	見通し	良・悪	形状①	直線・カーブ	形状②	平坦・坂
速度	甲車両	km/h(制限速度	km/h)	乙車両	km/h(制限速度	km/h)
信号	信号の有無	有・無	信号の色	甲者側信号 (青・赤・黄) 乙者側信号 (青・赤・黄)		
標識	一時停止標識	有・無	駐停車禁止	有・無	その他の標識()	
事故発生状況を 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。)					
						
上記図の 説明を ください。						

年 月 日

報告者 甲との関係() 氏名 _____ (印)

乙との関係()

負傷原因届

常務理事	局長	課長	主任	係

被 保 険 者 に つ い て	記 号					番 号				※被扶養者が負傷した場合には↓の太枠内もご記入下さい。			
	フリガナ氏名						被扶養者	フリガナ氏名			続柄		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日生				被扶養者	生年月日	昭・平・令 年 月 日生					
	住 所	〒 -										電話	()

負 傷 に よ る 事 実 関 係 に つ い て	負傷した日時	平成・令和 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分									
	負傷した日は	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他 ()									
	負傷した時間帯	<input type="checkbox"/> 出勤途中 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩・食事中 <input type="checkbox"/> 社用外出中 <input type="checkbox"/> 退勤途中 (<input type="checkbox"/> 自宅直行・ <input type="checkbox"/> 寄り道[買物・食事等]) <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	負傷した場所は	<input type="checkbox"/> 勤務地 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	負傷した時の状況を具体的に記載してください。										
	負傷をした原因であてはまるもの	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 暴力 (ケンカ等) <input type="checkbox"/> その他 ()									
	負傷者が被扶養者の場合、その職業は	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト等 <input type="checkbox"/> 児童・学生・生徒等 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()									

負 傷 傷 病 名	①	受診医療機関名 ()
	②	診療期間：平・令 年 月 日～平・令 年 月 日
	③	受診医療機関名 ()
	④	診療期間：平・令 年 月 日～平・令 年 月 日

神奈川県医療従事者健康保険組合 2019.5

※枠線の該当箇所の記載・にチェック (レ) をしてください。
 ※負傷原因が第三者の行為によるものである場合、「第三者行為による負傷疾病の届」「念書」「交通事故証明書」等が必要です。

受付印

上記のとおり、相違ありません

年 月 日

届出者氏名 (印)

念書

平成・令和 年 月 日に(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項の規定により神奈川県医療従事者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。

あわせて、次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たときは、受領年月日・内容・金額（評価額）をまれなく、すみやかに届け出ること。

年 月 日

被保険者住所

被保険者氏名

⑩

神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿

同意書

私が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、神奈川県医療従事者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賠償請求権を取得することになります。

つきましては、神奈川県医療従事者健康保険組合が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書類一式に当該保険給付にかかる診療報酬明細書の写し及び神奈川県医療従事者健康保険組合への届出書類の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社に自動車損害賠償責任保険の請求をし、保険金等を受領したときは、神奈川県医療従事者健康保険組合は受領金額並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。

年 月 日

同意者住所

同意者氏名

⑩

自賠償証明書番号 ()

神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿

損害賠償金納付確約書

平成・令和 年 月 日に(受診者氏名)_____に傷害を

負わせましたが、この傷害にかかる損害賠償請求権を保険給付の価額の限度において、神奈川県医療従事者健康保険組合が代位取得し、神奈川県医療従事者健康保険組合から損害賠償金の請求を受けたときは、その全額納付することを確約しますので、保険給付してください。

また、自動車損害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、神奈川県医療従事者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。

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

㊞

連絡先
(電話番号)

連帯保証人(加害者との続柄_____)

住所(所在地)

氏 名
(名称・担当者名)

㊞

連絡先
(電話番号)

神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿