

第三者行為による傷病届 (交通事故以外)

(その1) 本人 ・ 家族

常務理事	事務長	課 長	担当者

◎ボールペン等、消えない筆記用具でご記入ください。鉛筆等、消せるボールペン（フリクション等）は不可です。

被 害 者	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	フリガナ
	事業所の名称			事業所のTEL	
	負傷者氏名	フリガナ	生 年 月 日	年 齢	続 柄
負 傷 内 容	事 故 日	年 月 日 ()			午前 午後 時 分頃
	発 生 場 所				
	警察への届出	届出済 ・ 未届	所轄署名	警察署 派出所	事故証明書種別 人身 ・ 物損
	発生時の状況	仕事中 ・ 出勤途中 ・ 退勤途中 ・ 私用中 ・ その他 ()			
	何をしていた どのように なったのか くわしく記入 してください				
	負傷者の 保険加入有無	人身傷害保険（事故の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）へ加入していますか？ ☐ はい ☒ いいえ ☐ 不明 ☐ その他 () 保険会社 TEL () 担当 ()			
	過失の度合 (分かる範囲で)	自分なんぶ → 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 相手なんぶ → 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10			
受 診 に つ い て	医療機関名（薬局名）	傷 病 名	治 療 期 間	区 分	病院窓口での医療費負担
	Tel		年 月 日	入院 ・ 通院 中止 (年 月 日) 治ゆ (年 月 日)	①本人負担 ②相手方が負担 ③(自分・相手)の保険会社が負担 ④その他 ()
	Tel		年 月 日	入院 ・ 通院 中止 (年 月 日) 治ゆ (年 月 日)	①本人負担 ②相手方が負担 ③(自分・相手)の保険会社が負担 ④その他 ()
	Tel		年 月 日	入院 ・ 通院 中止 (年 月 日) 治ゆ (年 月 日)	①本人負担 ②相手方が負担 ③(自分・相手)の保険会社が負担 ④その他 ()
	後 遺 症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込 ・ 不明			
	治 癒 見 込	年 月 日から 約 日 (ケ月) くらい ・ 不明			

※ 健保組合記入欄

※請求の 可否	可	加害者 ・ 保険会社 ・ その他 ()			受付印
	否	請求権なし (自損 ・ 100%過失 ・ その他) 不能 (相手不明 ・ 家族間 ・ その他)			
※付加金	支給可 ・ 停止	※認定証発行	有 ・ 無	※治癒・症状固定日等	年 月 日
※備 考					

(その2)

相手方	相手方氏名 (不明の場合は不明と記入してください)	フリガナ	男・女	生 年 月 日	年 齢			
				年 月 日	歳			
	住 所	(〒 —)						
	TEL		勤務先または監督義務者					
	加害者が不明な時はその理由							
保険会社	加害者が加入する賠償責任保険の有無及び契約情報	☐ 加入あり	⇒ 保険会社名					
		☐ 加入なし	住所					
		☐ 不明	TEL		担当者			
損害賠償	相手方に対する治療費等の損害賠償はどのようになっていますか	☐ 請求した	相手方の (自費 ・ 保険会社)					
		☐ 請求予定				理由 ()		
		☐ 請求しない						
☐ その他								
損害賠償	損害賠償金を受領しましたか	☐ 受領した及び受領予定	⇒					
		※右をご記入ください	名目(医療費、休損など)	受 領 日	金 額			
		☐ 受領していない及び受領しない			円			
					円			
示談	交渉の状況	☐ 示談成立済 (年 月 日成立) → 示談書の写しを添付して下さい	理由 ()					
		☐ 示談交渉中 (年 月 日頃成立見込)						
示談	交渉の状況	☐ 保険会社に一任	理由 ()					
		☐ 示談交渉していない						
示談	交渉の状況	☐ その他	理由 ()					
求償	医療費等の保険給付費を健康保険組合から相手方に直接請求する場合、被害者情報を相手方に開示してもよろしいですか。該当するほうを○で囲んでください。	被害者の氏名	⇒	開示可	・ 開示不可			
		被害者の住所	⇒	開示可	・ 開示不可			
署名	上記のとおり、相違ありません。							
	記入日 年 月 日							
	住所 〒 (—)							
署名	被保険者氏名 (印) Tel 自宅 ()							
	携帯 ()							
SGホールディングスグループ健康保険組合理事長様								

念書 兼 同意書

年 月 日 (事故発生場所)

において (相手方氏名) と (負傷者氏名) の

関係する事故によって負傷者が被った傷病について健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が相手方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、健康保険組合が給付した治療費及びこれに付随する給付価額の限度において代位取得および行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことを、この書面により申し立てます。

なお、あわせて次の事項を厳守することをここに誓約します。

1. 傷病が治癒、治療中止、治療終了した場合又は、症状固定と診断された場合は、健康保険組合に申し出ること。
2. 相手方と示談を行う場合又は、自賠責の被害者請求をする場合は、必ず前もって健康保険組合に申し出ること。
3. 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
4. 相手方から金品を受け取ったときは、受領年月日・内容・金額（もしくは評価額）をもれなくかつ遅滞なく健康保険組合へその内容を文書（示談書の写しがある場合はその写し）で届け出ること。
5. 私が 1～4 を怠ったために、保険給付の限度において、健康保険組合が相手方より受領すべき金額の全部または一部を受領できなかった場合は、健康保険組合が受領できなかった金額を私が健康保険組合に弁済すること。

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

- (1) 健康保険組合が保険会社等に損害賠償請求をする際に、診療（調剤）報酬明細書の写しを提供し、請求権を行使すること。
- (2) 請求権を行使するにあたり必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳等）について、健康保険組合が保険会社を含む相手方に照会し、情報の提供を受けること。また、対象となる医療機関等に照会し、情報の提供を受けること。
- (3) この念書兼同意書をもって上記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。

記入日 年 月 日

住所

負傷者

氏名

㊞

被保険者 氏名

㊞

SGホールディングスグループ健康保険組合 理事長 様

誓約書

※この誓約書は相手方に記入してもらってください。

年 月 日 (事故発生場所)
において (負傷者氏名) とのあいだで発生した事故に対し、負傷者が被った傷病の治療費等につき、健康保険組合の立替え払いをお願いいたします。

なお、立替えていただいた治療費等（治療費・傷病手当金・埋葬料等）について、健康保険組合から損害賠償の請求を受けたときは、過失割合に応じて責任をもって遅延なく弁済することを誓約いたします。

また、あわせて次の事項を遵守いたします。

1. 負傷者側と示談をする場合は、必ず前もって健康保険組合に申し出ること。
2. 健康保険組合からの問い合わせ、資料提供等の依頼には、誠意をもって応ずること。

以 上

S G ホールディングスグループ健康保険組合 理事長 様

記入日 年 月 日

加害当事者 住所
氏名 ⑩
TEL

連帯保証人 (加害当事者が未成年の場合、親権者等)
(当事者との続柄) 住所
氏名 ⑩
TEL

《備考欄》

相手方に署名・捺印をいただけない場合はその理由をご記入ください。

記入日 年 月 日 被保険者氏名 ⑩

1. 第三者行為とは

第三者（本人以外の他人）の行為により被ったケガや病気のことを言います。

ご自身の過失が大きい場合であっても、相手がいるケガの場合は届出が必要です。

例 交通事故（同乗中、自転車や歩行者等の事故も含む）、暴力行為、スキー中の衝突事故、建物等管理不備による事故、他人の飼犬による咬傷事故、飲食店が原因の食中毒など。

2. 治療費について

治療費は、加害者が過失割合に応じて負担すべきものですが、その治療を保険診療で受けた場合、治療費の支払いは加害者に代わって当健康保険組合が立替え払いをします。健康保険法第 57 条第 1 項により当健康保険組合が損害賠償の請求権を取得します。これにより、当健康保険組合が負担した治療費は、加害者または加害者が加入する損害賠償責任保険へ請求します（この行為を求償といいます）。

～健康保険を使った場合のメリット～

①治療費の単価が自由診療（健康保険を使わない診療のことで、通常健康保険の 1.5～3 倍程度）に比べ安く済みます。

②ご自身にも過失がある場合、過失相当分の治療費はご自身の負担となりますので、健康保険を使用すればご自身の負担が軽くなります。

3. 第三者行為による傷病届について

健康保険で治療を受けたとき、または受けようとするときは必ず「第三者行為による傷病届」を健康保険組合に提出することが、健康保険法施行規則第 65 条により義務付けられています。

健康保険組合が加害者へ請求するにあたり、相手が誰なのか、事故はどのような状況で起きたのかなどを詳しく知る必要がありますので、この届はそのために記入していただく必要があります。提出がない場合は、健康保険組合からの給付費等を制限（医療費の返還請求等）させていただきます。

4. 示談について

事故発生後すぐに、あるいは治療継続中に示談をすると、示談後の治療費は当健康保険組合の負担とならず、ご自身の負担となることがございますので、示談をする場合は必ず健康保険組合にご連絡ください。

【「第三者行為による傷病届」の記入および添付書類について】

- この書類は、ボールペン等、消えない筆記用具でご記入ください。鉛筆等、消せるボールペン（フリクション等）は不可です。
- この書類は、過失の大小に関わらず、ご自身は「被害者」の立場で作成していただくようになっています。相手方に過失がないと思われる事故であっても、調査が必要なケースもありますので、相手がいるケガの場合は必ずご提出ください。

1. 第三者行為による傷病届（その 1、その 2 ）

・ 負傷内容

できるだけ詳しくご記入ください。

業務上や通勤・退勤途上のケガ等の場合は、健康保険を使用できません。速やかに会社へ申し出てください。アルバイト等の場合も、勤務先へ申し出てください。

・ 受診について

受診した（する）医療機関や薬局を漏れのないようご記入ください。

・ 相手方

逃走等につき相手方が不明の場合は、相手方氏名欄には「不明」、加害者が不明な時はその理由欄には「逃走につき相手不明」とご記入ください。

万一、相手方が判明したときは速やかに健康保険組合へご連絡ください。

・ 保険会社

加害者が加入する賠償責任保険の対応がある場合は、加入ありに☑のうえ、保険会社の情報をご記入ください。

・ 損害賠償

相手方に損害賠償の請求をした場合は、請求したに☑をし、直接相手に請求した場合は自費に○を、相手方が加入する賠償責任保険に請求した場合は保険会社に○をしてください。

損害賠償金を受領した場合は、品目・受領日・金額をご記入ください。

・ 求償

健康保険組合が支払った医療費等の保険給付費を、健康保険組合が相手方へ直接請求する場合、請求書等に被害者の氏名等を記載します。

氏名等を相手方に開示してほしくない場合は開示不可に○をしてください。

2. 念書兼同意書

負傷者および被保険者の署名・捺印が必要です。内容をよく読み、趣旨をご理解ください。

3. 誓約書

健康保険組合が支払った医療費の返納を約束する書類ですので、相手方にご誓約いただくものです。

加害者が加入する賠償責任保険が対応する場合は、その保険会社の署名・捺印でも結構です。

なお、相手方の過失が小さい場合等、誓約書の提出を拒否された場合は、ご自身で備考欄にその旨を記入し、被保険者氏名・捺印をお願いします。