

交通事故、自損事故、第三者（他人）等の行為による傷病届の提出について

■届出が必要な理由

交通事故など、他人の加害行為によるけがや病気の治療費は、本来は加害者が支払うべきものです。健康保険を使った場合、治療費はいったんアルバック健康保険組合が立替払いをし、その後、加害者に請求することになります。

そのため、健康保険で治療を受けたら、必ずアルバック健康保険組合に連絡し、できるだけすみやかに「交通事故、自損事故、第三者（他人）等の行為による傷病届」を提出してください。

■交通事故にあったら～示談は慎重に～

すぐに健康保険組合に届け出る

みなさんやご家族の方が第三者の行為によって病気やケガをしたり、また亡くなられた場合は、とりあえず電話連絡とともにすぐに健康保険組合へ「第三者行為による傷病届」を届け出てください。届け出は健康保険法のもとで義務付けられています。

※加入している損害保険によっては、損害保険会社が「第三者行為による傷病届」の作成・提出を援助する場合もあります。

示談は慎重に

示談後も健康保険の給付を受けられるかどうかは、示談の内容によって決まりますので、示談にする場合は、事前に必ず健康保険組合に相談して慎重に示談を行う必要があります。

自損事故・相手不明（ひき逃げ等）の場合

相手のいない事故（自損事故）や、相手が不明の事故（ひき逃げ）等にあつた場合にも、届出が必要になります。外傷性傷病の治療に健康保険を使う場合には、その負傷原因が健康保険適用外事由（労働災害・通勤災害・違法行為）でないことを確認する必要があります。

通勤または業務途上で事故にあつたら

通勤途上の事故については、労災保険から保険給付が行われ、その場合は健康保険の給付は行われないうことになっています。

■提出書類

事故の状況に応じて以下の提出書類を速やかにご提出ください。

相手がいる事故・被害のとき	① 本傷病届（2頁から7頁すべて） ② 交通事故の場合：交通事故証明書（原本） ※人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった場合は、人身事故証明書入手不能理由書（8頁～9頁）を添付 ③ 示談をしているとき：示談書（写） ④ 死亡の場合：戸籍謄本（原本）・死亡診断書（写）
相手無し又は不明な事故のとき （自損事故・ひき逃げ等）	① 本傷病届（2～5頁目のみ） ※添付書類なし

交通事故、自損事故、第三者(他人)等の行為による傷病届

届出者	被保険者等 記号番号	記号 番号	被保険者 氏 名	⑩	職種		
	事業所名 (勤め先)			所在地 (勤め先)	〒 ()		
被害者 (受診者)	氏名	男 女	才 続柄	住所	〒 ()		
	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 ※注1() 警察署)無:(理由 ()					
加害者 (第三者)	氏名	男 女	才	住所	〒 ()		
	勤務先 又は職業			所在地	〒 ()		
事故発生	年 月 日 時 分			発生場所			
過失の度合	(自分) 被害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		(相手) 加害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		
事 故 の 相 手 の 自 動 車 保 険 加 入 状 況							
傷 病 が 交 通 事 故 に よ る と き	自 賠 責 保 険	保険会社名			取扱店 所在地	〒 ()	
		保険契約者名 (名義人)			住所 (所在地)	〒 ()	
		自動車の種別	府県名		登録番号	車台番号	
		自賠責証明書番号			保険期間	自 _____ 年 月 日 至 _____ 年 月 日	
		自動車の保有者名			住所 (所在地)	〒 ()	加害者 との関係
任 意 保 険	保 険	保険会社名	火災海上(株) 農協		取扱店 所在地	〒 () 担当者名 ()	
		保険契約者名			住所 (所在地)	〒 ()	
		契約証書番号			保険期間	自 _____ 年 月 至 _____ 年 月	
		任意一括払いについて ※注2	有 ・ 無				

※注1

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。
-----------------	------------------------------------

※注2

一括対応とは、任意保険会社が窓口になっ
て、自賠責保険と任意保険の賠償金を一括し
て取り扱い、被害者に対して支払いをするサ
ービスのことです。
具体的には、交通事故後の入通院などの病院治
療費を、任意保険会社が入通院先の医療機
関に対して直接支払うことが主な内容になりま
す。

受付日付印



治療状況 (治療順)	傷病名(複数有する場合は複数)				
	①	名称	入院	年 月 日から 年 月 日まで	
		所在地	通院	年 月 日から 年 月 日まで	
	②	名称	入院	年 月 日から 年 月 日まで	
		所在地	通院	年 月 日から 年 月 日まで	
	③	名称	入院	年 月 日から 年 月 日まで	
所在地		通院	年 月 日から 年 月 日まで		
医療機関での窓口支払は誰がしていますか？		自分・自分の任意保険会社・相手または相手の保険会社・市町村の助成制度			
治療見込み (治療終了日)		(年 月 日頃 年 月 日終了)	後遺症	ある・ある見込み・ない・ない見込み	
休業補償	<p>休業(治療)中の休業補償の方法(該当の場合、○をつけてください)</p> <p>ア 加害者(保険会社)が負担 イ 職場から支給 ウ 自賠責へ請求 エ 傷病手当金 オ その他 (被害者加入の人身傷害保険へ請求など)</p> <p>の請求予定</p>				
示 損 害 賠 償 の 支 払 い 状 況	<p>示談又は和解(該当に○をつけてください) ※示談している場合は、示談書の写しを添付すること</p> <p>した・交渉中・しない(理由)</p> <hr/> <p>加害者や損害保険会社からの仮渡金・治療費・付添料などもらった場合や示談・話合いの状況を具体的に記入すること。</p>				
	【受領日・金額】		【受領したものの名目】		
	月 日 円	()			
	月 日 円	()			
	月 日 円	()			
<p><u>交通事故以外</u>の被害行為(飼犬等の咬傷を含む)の場合は、事故発生状況を下欄に具体的に記入して下さい。 ※交通事故の場合はこの欄に記入せず、事故発生状況報告書に記入して下さい。</p> <hr/> <p>(事故発生状況)</p>					

同意書

私が加害者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、法令（※）により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、保険者が損害賠償額の支払の請求を加害者又は加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等へ請求し、保険金等を受領したときは、金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、保険者が保険医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

さらに、私が 70 歳代前半の被保険者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、国が加害者または加害者の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国から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、保険給付後の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）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、速やかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

年 月 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所

氏名

印

（※）各保険における根拠法令は次のとおりです。

健康保険：健康保険法第 57 条、船員保険：船員保険法第 45 条、国民健康保険：国民健康保険法第 64 条 1 項、後期高齢者医療：高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条 1 項

損害賠償金納付確約書・念書 (加害者記入)

(受診者氏名)

年 月 日 _____ に傷害を負わ

せましたが、この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付価格の限度において、アルバック健康保険組合が代位取得し、アルバック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。

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、アルバック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。

アルバック健康保険組合 理事長 殿

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 ⑩

TEL ()

【本件についてのご意見】

※加害者に記入・捺印いただけない場合はその理由をご記入ください。

.....
.....
.....