

第三者行為による傷病届

1109

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。
 注2 事故の過失割合に関わらずJR健保組合員を被害者として記入してください。また、この届出は事故が発生してから遅滞なく提出してください(含自損事故)
 注3 業務中、通勤途上の災害に該当するものについては、健康保険は使用できませんので、労災保険の手続きを行ってください。

被保険者証の記号 被保険者証の番号

1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0

被保険者	氏名	健保 太郎		生年月日	昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (自宅) 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (携帯) 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都渋谷区代々木2丁目〇-〇				
	勤務箇所	〇〇〇〇株式会社 〇〇駅	所在地	(電話) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇		
家族が被害者のとき氏名		続柄		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
事故発生日時	〇〇年 〇〇月 〇〇日 午前・午後 10時30分頃		事故発生場所	新潟県湯沢町〇〇 〇〇スキー場		
加害者 (事故の相手方)	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 神奈川県相模原市 当該事故の相手方について記入してください 〇 - 〇〇〇〇				
	氏名	横浜 一郎		生年月日	昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
相手方の住所氏名がわからないときはその理由		ひき逃げやけんか等で相手が逃げってしまった場合などは理由を記入してください				
治療関係	医療機関名	区分	傷病名	初診日	健保使用日	診断書の取得状況
	〇〇県立総合病院	入院・通院	右足骨折・腰部打撲	〇・〇・〇	〇・〇・〇	あり・なし (ありの場合は、診断書の写しをつけてください)
	〇〇クリニック	入院・通院	右足骨折・腰部捻挫	〇・〇・〇	〇・〇・〇	
		入院・通院		.	.	
提出時の治療状況		入院中・外来(通院中)・完治(治癒日: 年 月 日)・死亡				
任意保険	相手方の任意保険	使用できる・使用できない・未加入			「誓約書」「誓約者の損害賠償保険契約内容」を記入してもらって確認してください	
	ご自身が加入の人身傷害補償(任意)保険	あり(使用した・使用しない)・なし		任意保険会社名	〇〇海上火災損害保険	
		任意保険担当者名	〇〇 〇〇		任意保険連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
示談の状況	示談が成立(示談書の写しをつけてください) 年 月 日		交渉中・成立していない 〇〇年 〇〇月 〇〇日現在		請求権を放棄した 年 月 日	
	成立していない場合はその理由		治療継続中のため			
	請求権を放棄した場合はその理由					
上記のとおり、事業主を経由してお届けいたします。					令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿						
					被保険者名 健保 太郎	

事業所使用欄 箇所長 電話 〇〇〇-〇〇〇〇 健保担当課 事業主整理番号 〇〇〇〇

備考 事業主を経由せず直接、健康保険組合に届出する場合は「上記のとおり、事業主を経由してお届けいたします。」のように、「事業主を経由して」の部分有二重線で抹線して提出してください。

添付書類	<input type="checkbox"/> 事故発生状況報告書	<input type="checkbox"/> 念書	<input type="checkbox"/> 誓約書	<input type="checkbox"/> 誓約者の損害賠償保険契約内容
	<input type="checkbox"/> 交通事故の場合は交通事故証明書(※物件事故の場合は「人身事故証明書入手不能理由書」も必要)			
	<input type="checkbox"/> 診断書および示談書がある場合はその写し			

※「第三者行為による傷病届」およびそれに添付された届出により知り得た個人情報健康保険の事務処理に限定して使用し、他の目的には一切使用いたしません。

事故発生状況報告書

1 第三者行為による傷病の状況を図示して下さい。

事故発生状況略図（道路幅をmで記入して下さい。）

上記図の説明を記入して下さい。

〇〇スキー場にて、スノーボードで滑走中の加害者が、木陰で休憩していた被害者に衝突

できるだけ詳しく記入してください。※通勤中、業務中に該当するかの記載をお願いします。

2 交通事故による傷病の場合には、交通事故証明書に補足して以下に記入して下さい。

甲（加害運転者） 相手方	氏名	乙（被害者） あなた	氏名	運転・同乗（甲車・甲車以外の車） 歩行・その他
速度	甲車 km/h（制限速度 km/h）、甲車以外の車 km/h（制限速度 km/h）			
道路状況	見通し（良い・悪い）	道路幅	甲車側（ m）、甲車以外の車側（ m）	
信号又は標識	信号（有・無）、一時停止標識（有・無）、その他の標識（ ）			

甲車以外の車について判明している場合、記入して下さい。

自動車の番号	運転者	氏名 (電話)	-	-
保有者	住所	氏名 (電話)	-	-

令和〇〇年〇〇月〇〇日

報告者 甲との関係（被害者）
乙との関係（本人）

氏名 健保 太郎 (印)

(被保険者記入用)

被保険者が署名・捺印

令和〇〇年〇〇月〇〇日

ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿

〒〇〇〇 - 〇〇〇〇

住所 東京都渋谷区代々木2丁目〇-〇

被保険者 氏名 健保太郎 (印)

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

(勤務箇所) 〇〇〇〇株式会社 〇〇駅

念 書

令和〇〇年〇〇月〇〇日 (事故発生場所) 新潟県湯沢町〇〇 〇〇スキー場 において (相手方の氏名) 横浜 一郎
(ケガをした被保険者又は被扶養者名) 健保太郎 と (ケガをした被保険者又は被扶養者名) 健保太郎 の関係する事故によって、健保太郎 が負った傷病の治療を健康保険で行います。

従って、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項の規定によって、貴健保組合が給付の価額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、合わせて次の事項を厳守並びに同意します。

1.~4.については、ジェイアールグループ健康保険組合に連絡を忘れないようにしてください。

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、貴健保組合へ連絡すること。
2. 相手方と示談を行う場合は、必ず前もって貴健保組合へ連絡し、相手方に白紙委任状を渡さないこと。
3. 相手方から金品を受け取った時は、受領年月日、内容、金額をもれなく、かつ遅滞なく貴健保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。
4. 自賠責保険に被害者請求を行うときは、必ず貴健保組合へ連絡すること。
5. 貴健保組合が、保険会社を含む加害者側に診療報酬明細書又は調剤報酬明細書等の写しを使用して、請求権を行使することに同意すること。
6. 請求権を行使するにあたり、必要な事項について貴健保組合が保険会社を含む加害者側又は対象となる医療機関等に照会することに同意すること。
7. 上記のほか、貴健保組合が行う代位取得請求権の行使について協力すること。

以 上

連絡先 ジェイアールグループ健康保険組合 健保事務センター
NTT 03-5334-1029 JR 058-2914

【相手方記入】

相手方が署名・捺印

誓約書

ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿

令和 ○○年 ○○月 ○○日 (事故発生場所) 新潟県湯沢町○○ ○○スキー場 で発生した事故により
(当健保の被保険者又は被扶養者名) 健保 太郎 が被ったけが・病気の治療にあたり、一旦貴健保組合から治療費の
立替え払いをお願いします。

また、立替え払いをお願いした医療費については、当事者間の過失割合に応じて、貴健保組合からの求 **※相手方が誓約書に署名・捺印しない場合は、被保険者が** します。
なお、貴 **その理由を書面（申立書）にて提出してください。** 示談の
効力を主張しないことも誓約いたします。

*交通事故以外の場合や、自動車任意保険未加入の方、又は保険会社の保証が得られず個人名となる場合には、連帯保証人を立ててください。

令和○○年○○月○○日

① ○誓約者（未成年者の場合は親権者等）
住所 〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町○○○
電話番号 ○○○ (○○○) ○○○
氏名 横浜 一郎 (印)
○連帯保証人
住所 〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町○○○
電話番号 ○○○ (○○○) ○○○
氏名 ○○ ○○ (印)

①と②はどちらか一方の記載で構いません。

別紙に保険内容の詳細を記入)

年 月 日

② ○損害保険会社（ゴム印可）
所在地 〒 —
電話番号
保険会社名
担当者名 (印)

【相手方記入】

相手方が記入

誓約者の損害賠償保険契約内容

1. 自動車・バイク事故の場合

保険の種類		自 賠 責 保 険	任 意 保 険
契約内容			
自動車保険の 証 書 番 号			
保険会社の名称			
契 約 者	住 所	〒 - 電話 - -	〒 - 電話 - -
	氏 名		
保険契約期間		自) 平・令 年 月 日 カ月間 至) 平・令 年 月 日	自) 平・令 年 月 日 カ月間 至) 平・令 年 月 日
車 両 の 保 有 者	住 所	〒 - 電話 - -	〒 - 電話 - -
	氏 名		
保 險 会 社	住 所	〒 - 電話 - -	〒 - 電話 - -
	名 称		
	担 当		

2. 自動車・バイク事故以外の場合

損 害 保 険	種 類	個人賠償責任保険	名 称	あんしん〇〇保険
保 險 会 社	住 所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 電話 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇		
	名 称	〇〇〇〇損害保険(株)		
	証 券 番 号	A Z 9 9 9 9 9	担 当	〇〇 〇〇
契 約 者	住 所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 神奈川県相模原市〇	損害賠償保険（個人賠償・施設賠償責任保険等）に 加入している場合に記入してください。	
	氏 名	横浜 一郎		
保 険 契 約 期 間	平・令〇〇年〇〇月 〇〇日 ~ 平・令〇〇年 〇〇月 〇〇日〇〇ヵ月間			