

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者	氏名				生年月日	昭・平・令	年	月	日		
	住所	〒 — (自宅) — — (携帯)									
	勤務箇所				所在地	(電話)					
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	年 月 日			事故発生場所							
						午前・午後 時 分頃					
加害者 (事故の相手方)	住所	〒 — (電話)									
	氏名				生年月日	昭・平・令	年	月	日		
相手方の住所氏名がわからないときはその理由											
治療関係	医療機関名	区分	傷病名	初診日	健保使用日	あり・なし (ありの場合は、診断書の写しをつけてください)					
			入院・通院		・						・
			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						
		任意保険担当者名			任意保険連絡先						
示談の状況	示談が成立(示談書の写しをつけてください)		交渉中・成立していない			請求権を放棄した					
	年 月 日		年 月 日現在			年 月 日					
	成立していない場合はその理由										
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。 年 月 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 _____											

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

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」の部分に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。）

	自車(乙)	
	相手車(甲)	
	進行方向	
	信号	
	一時停止	
	人間	
	自転車 オートバイ	
	上記図の説明を記入して下さい。	

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)	—	—

年 月 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 ()

氏名 _____ (印)

(被保険者記入用)

年 月 日

ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿

〒

住 所

被保険者 氏 名 (印)

電話番号 - -

(勤務箇所)

念 書

年 月 日 (事故発生場所) (相手方の氏名)
..... において

(ケガをした被保険者又は被扶養者名) (ケガをした被保険者又は被扶養者名)
と の関係する事故によって、 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. 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 給付審査課
NTT 03-5334-1029 J R 058-2914

【相手方記入】

誓 約 書

ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿

年 月 日 (事故発生場所)
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)
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償に応じることを誓約するとともに自動車損害賠償任意保険への求償も承諾します。

なお、貴健保組合の承諾なしに示談したときは、貴健保組合の支払った治療費に対し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。

年 月 日

○誓約者 (未成年者の場合は親権者等)

住 所 〒 _____
電話番号 _____
氏 名 _____ (印)

○連帯保証人

住 所 〒 _____
電話番号 _____
氏 名 _____ (印)

損害賠償責任保険 (任意保険) 等で賠償するとき (別紙に保険内容の詳細を記入)

年 月 日

○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】

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 契約内容		自 賠 責 保 険	任 意 保 険
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 至 年 月 日 カ月間 年 月 日	自 至 年 月 日 カ月間 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	名 称
保 險 会 社	住 所	〒 — 電話 — —
	名 称	
	証 券 番 号	担 当
契 約 者	住 所	〒 — 電話 — —
	氏 名	
保 險 契 約 期 間	年 月 日 ~	年 月 日 カ月間

「第三者行為による傷病届」の提出について（交通事故以外）

この届出は被保険者又は被扶養者が、第三者の不法行為（不当な暴力等）で負傷し、健康保険で治療を受けることとなったときに提出してください。この届出は義務付けられています。（健康保険法施行規則第65条）

届出記入上の注意

1. 健康保険組合から見て被保険者・被扶養者は被害者（乙）となりますので、加害者（甲）については、「相手方」と読み替えてご記入ください。
2. 業務中や通勤途中に起きた事件・事故等は、健康保険で治療を受けられませんので、必ず職場の事務担当者にご相談の上、管轄の労働基準監督署に届出を行ってください。
3. この届を提出して健康保険で治療または保険給付金を受領したときは、当健保が支出した給付の価格の範囲内において、事故の相手方および相手方が加入の損害保険会社等に対し、損害賠償請求を行うこととなります。（健康保険法第57条第1項）
4. 加害者不明の場合は、分かる範囲で記入し、相手先が判明したときは速やかに当健保へご連絡ください。

提出書類について

被保険者が
記入する書類

1. 第三者行為による傷病届
2. 事故発生状況報告書
3. 念書・・・その医療費の回収を確実にするために必要ですので、内容を十分確認した上で記名・押印してください。尚、厳守、誓約頂いた事項は、必ず施行願います。

相手方に記入
していただく
書類

4. 誓約書・・・相手方の保険会社による記載でも結構です。
※ 被保険者側の過失が大きい、相手が過失を認めない等の事由で書いてもらえない場合、および加害者不明の場合は、相手方から取り付けられない理由を記した別紙「申立書」を書式自由で作成してください。
5. 誓約者の損害賠償保険契約内容・・・保険会社から賠償がある場合には、[2. 自動車・バイク事故以外の場合]に記載してもらってください。
6. 診断書の入手があればその写し
7. 示談がすでに成立している場合は示談書の写し

注意事項

法律に基づいた大切な届出です。記入・押印洩れがないようお願いします。また、訂正が発生した場合は、訂正印を押印してください。提出書類は返却できませんので、写しを取って控えをお持ちください。

記入する上で不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

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