

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 | 平・令 年 月 日 | | 午前・午後 時 分頃 | | 事故発生場所 | | | |
| 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 | | |
| | 平・令 年 月 日 | | 平・令 年 月 日現在 | | | 平・令 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。 平成・令和 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 _____ (印) | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------|-----|-----|----|---|-------|-----|---------|
| 事業所使用欄 | 箇所長 | (印) | 電話 | — | 健保担当課 | (印) | 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) | — | — |

平成・令和 年 月 日
 報告者 甲との関係 () 氏名 _____ (印)
 乙との関係 ()

「第三者行為による傷病届」の提出について（自損事故）

この届出は被保険者又は被扶養者が、交通事故等で負傷し、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）

相手のいない交通事故（自損事故）の場合であっても、「第三者行為による傷病届」「事故発生状況報告書」「交通事故証明書（写）」を提出してください。これは、交通事故が第三者行為によるものでないことの確認のために必要です。（自損事故と思われていても第三者行為に該当する場合があります。）

届出記入上の注意

1. 業務中や通勤途中に起きた交通事故等は、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。
2. 「交通事故証明書」は、任意保険の対応がある場合は、任意保険で取得されている場合もありますので、任意保険担当者へお問い合わせください。また、示談代行サービスが附帯された任意保険に加入している場合、担当する損害保険会社が届出書類の作成をサポートする取り組みがありますので、詳しくは損害保険会社へお問い合わせください。

提出書類について

1. 第三者行為による傷病届
2. 事故発生状況報告書
3. 交通事故証明書（写）・・・事故を警察に届出していないため提出できない場合は、警察に届出しなかった理由等を記載した「交通事故証明書入手不能理由書」を提出してください。
（書式自由：健保ホームページの自損事故・記入例参照）
4. 診断書の入手があればその写し

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ありましたら、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 J R 058-2914