

第三者行為による傷病届について

第三者行為による傷病届とは

自動車事故（交通事故）や喧嘩など第三者の行為による負傷で、健康保険を使用して治療を受けたときには「第三者行為による傷病届」を提出してください。

なお、傷病届をすぐに提出できないときは、取り急ぎ事故等の状況を当健康保険組合までお知らせいただき、後日、できるだけ早く傷病届を提出してください。

届出が必要となる理由

自動車事故（交通事故）等の第三者行為によりケガをしたときの治療費は、本来、加害者が負担するのが原則です。

しかし、業務上や通勤災害によるものでなければ、健康保険を使って治療を受けることができますが、この場合、加害者が支払うべき治療費を健康保険が立て替えて支払うこととなります。

そこで、ヤマトグループ健康保険組合が後日、加害者に対して保険給付した費用を請求する際に「第三者行為による傷病届」が必要となります。

第三者行為に該当するもの

自動車事故（交通事故）以外にも次のような場合は第三者行為に該当します。

- (1) けんか
- (2) 第三者の飼い犬に噛まれたとき（加害者は飼い主）
- (3) ゴルフ場で第三者の打球に当たってケガをしたとき
- (4) 飲食店の原因による食中毒（加害者は飲食店）
- (5) その他第三者に起因してケガや病気をしたとき

なお、わき見運転等による自損事故で同乗者がケガをした場合、運転者が加害者となり第三者行為に該当します。

また、自動車事故で自分の過失が100%であって医療費等の求償ができない事故であっても、その事実を確認するために必要ですので傷病届を提出してください。

業務中や通勤途中に負傷した場合

健康保険の給付が受けられるのは、業務外のけがや病気をした場合に限られています。業務中や通勤途中のケガや病気については、労働者災害補償保険（労災保険）が適用となるため、健康保険の適用は受けられません。

このため、労災保険が適用される傷病であるにもかかわらず、健康保険を使ってしまった場合には、労災保険に切り替える手続きが必要となります。

切り替え手続きについては、当健康保険組合・給付担当グループまでご連絡ください。(電話番号: 03-6327-1047)

書類の提出について

○：必要 ×：不要

提出書類	交通事故の場合	交通事故以外
1) 傷病（事故）届	○	○
2) 負傷原因報告書	○	○
3) 事故発生状況報告書	○	×
4) 同意書	○	○
5) 誓約書	○	○
6) 人身事故証明書入手不能理由書	○	×
7) 交通事故証明書（コピー可）	○	×

申請書の提出先

ヤマトグループ健康保険組合 給付担当グループ（宛て）

- ・ 社内便の場合:32-99-99
- ・ 郵便の場合：郵便番号 144-0042

東京都大田区羽田旭町 11 番 1 羽田クロノゲート事務棟 3 階

問い合わせ先

ヤマトグループ健康保険組合 給付担当グループ

- ・ 電話番号:03-6327-1047
- ・ Eメール:hokenkyufu@kuronekoyamato.co.jp

交通事故、自損事故、第三者(他人)等の行為による傷病(事故)届

届出者	被保険者証 記号番号		被保険者 氏名	⑨	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	〒 ()		
加害者が不明の理由							
事故発生	年	月	日	前後	時	分	
				発生場所	市	町	
					郡	村	
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 任意保 険	自賠責	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)		関係	保有者との 加害者との	
		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	任意	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 日 至 _____ 年 月 日		
		保険契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日		任意一括について ※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

任意一括とは、自賠責保険だけの対応では なく、任意保険が対応している場合です。
--

受付日付印

同意書

令和____年____月____日、(場所)_____において
(加害者)_____の行為により、(被害者)_____の被った傷病の治療
費等について健康保険法による保険給付を受けた場合は、健康保険法第 57 条の規定によって、
被害者が第三者(加害者)に対して有する損害賠償請求権を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。

また、貴組合が損害賠償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。

さらに、貴組合が損害保険会社や保険医療機関に対して、損害賠償請求に関する照会を行
い、その照会内容について情報提供を受けることについても同意します。

なお、あわせて次の事項を遵守します。

- 1 加害者(損害保険会社等)と示談を行う場合は、必ず事前に貴組合に申し出ること。
- 2 加害者(損害保険会社等)に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者(損害保険会社等)から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく速
やかに貴組合に届け出ること。

令和____年____月____日

被害者(被害者が未成年の場合は親権者)

住所

氏名 _____ 印

被保険者*

住所

氏名 _____ 印

※被害者が被保険者本人の場合、住所の記入及び署名捺印は
不要です。

ヤマトグループ健康保険組合 理事長 殿

誓約書

令和____年____月____日、(場所)_____において発生した事故により、(被害者)_____の被った傷病の治療費等を一旦貴組合で立て替えていただきますようお願いいたします。

なお、立て替えていただいた治療費等（治療費・傷病手当金・埋葬料等）は、当事者間の過失割合により当方の過失相応分に対し貴組合から請求があった場合は、指定納付期限までに遅滞なく全額を納付いたします。

また、あわせて次の事項を遵守いたします。

- 1 相手方（被害者）と示談を行う場合は、必ず事前に貴組合に申し出ること。
- 2 貴組合からの問い合わせ、資料提出等の依頼に対し誠意をもって応ずること。

令和____年____月____日

加害者（加害者が未成年の場合は親権者）

住所

氏名 _____ (印)

電話番号

連帯保証人※

住所

氏名 _____ (印)

電話番号

勤務先

※加害者が加入する任意保険が治療費等の補償に応ずる場合は連帯保証人欄のみの記入も可とします。

人身事故証明書入手不能理由書

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)

<p>理由</p> <p>※該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ(予定を含む)であったため</p> <p><input type="checkbox"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した(もしくは終了予定のため)</p> <p><input type="checkbox"/> 公道以外の場所(駐車場、私有地など)で発生した事故のため</p> <p><input type="checkbox"/> 事故当事者の事情(理由を具体的に記載してください。)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">【理由】</div> <p><input type="checkbox"/> その他(理由を具体的に記載してください。)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">【理由】</div>
---	---

◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。

届出警察	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	年 月 日
------	----------------------	-------	-------

裏面へ (交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発行日時、発生場所等を記入してください。)

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。

◆ 上記理由により人身事故証明書を取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。	
<p><input type="checkbox"/> 当事者</p> <p><input type="checkbox"/> 目撃者</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p>	<p>住所 〒 _____ 記入日 年 月 日</p> <hr/> <p>氏名 _____ (印)</p> <p>電話 () _____</p>

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求(法第16条請求)する場合には、保険契約者側(契約者、運転者など)の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償をした側が請求(法第15条請求)する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

(保険会社使用欄) 該当する□のすべてに✓する

- 人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。
- 請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆ その他・特記事項 [_____]		

【 事案情報 被害者名 _____ 事故日: _____ 年 月 日 】