

第三者行為による傷病届(交通事故含自損行為)

1	第三者行為による傷病届(交通事故含自損行為)	
2	事故発生状況報告書	
3	事故状況と併せて事故当日の詳しい行動についてお答えください	
4	治療状況報告書	
5	損害賠償請求及び示談状況	
6	念書兼同意書	
7	覚書	
8	人身傷害保険加入状況書	

※ 添付書類について

1	交通事故証明書の写（物損事故の場合は原本）
2	人身事故証明書入手不能理由書（交通事故証明書の照合記録簿の種別が「物損事故」のとき）
3	交通事故証明書入手不能理由書（交通事故証明書が入手できないとき）
4	診断書の写
5	示談書の写（示談が成立している場合）

- 交通事故証明書 …… 交通事故証明書は安全運転センターで発行されます。又、最寄りの警察署・派出所でも「交通事故証明交付申請書」を備えていますのでお問合せください。

※ 損害賠償権の代位取得について【健康保険法第57条】

健康保険組合が病院に支払った治療費は、本来加害者が支払うべきものです。

それを健康保険組合が加害者に代わって立替払いをし、その後、立て替えた治療費を加害者(または加害者が加入している自動車保険等)から返還してもらうことになります。

したがって、被害者が加害者に対して有する損害賠償請求権のうち、保険を受けた限度内については損害賠償請求権は自動的に健康保険組合に移ります。

※ 届出記入上の注意

- この届出は本人又は家族が第三者の不法行為(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時、速やかに健康保険組合に提出してください。
- 労災(業務上や通勤途上での事故)に該当する場合は、健康保険での給付は受けられません。健康保険証を使用した時は、健康保険組合が支払った医療費について返還していただく場合があります。
速やかに事業所担当者及び労働基準監督署にご相談ください。
- この届を提出して健康保険で保険給付を受けた時は、その給付の価額の限度において当健康保険組合が加害者や損害保険会社に対して損害賠償請求権を代位取得することになります。(根拠条文:健康保険法第57条)
- 単独事故または加害者不明の場合は、わかる範囲で記入し添付書類についてもできる範囲で構いません。

提出先：〒102-0075
東京都千代田区三番町1-5
石油健保ビル
石油製品販売健康保険組合

問い合わせ：給付課給付係 03-3265-3306

第三者行為による傷病届(交通事故含自損行為)

① 被保険者証 の記号と番号	記号	番号	② 被保険者 の氏名	印
③ 被保険者の 現住所	〒 —			
	電話 ()			
④ 被保険者の 勤務している 事業所の	名 称			
	所在地			
⑤ 被扶養者が 受けた事故 のとき	氏 名	年 令 (才)		被保険者 との続柄
⑥ 事 故 内 容	傷 病 名			
	事 故 発 生 日	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分 頃		
	事 故 発 生 場 所			
	事 故 種 別	自動車事故 ・ バイク ・ 自転車 ・ 歩行中 ・ その他 ()		
	警察官の立会	調査あり ・ 調査なし ・ 調査していないが届済		
		所轄署 (警察署 派出所)		
⑦ 第三者について		相手あり ・ 相手不明 ・ 相手逃走 ・ 単独事故 (詳細下記) (あて逃げ・ひき逃げ等)		
相手の氏名		生年月日 S ・ H 年 月 日		
相手の住所		〒 — 電話 ()		
相手の勤務先	名称			
	所在地	〒 — 電話 ()		
交通事故の場合 相手の 自動車強制保険		保険会社名		
		保険証書の記号・番号		
および 相手の 自動車任意保険		保険会社名		
		保険証書の記号・番号		
		担当者	電話 ()	

交通事故証明書 診 断 書	} の添付をお願い致します。

〔 受 付 日 付 印 〕

※『第三者行為による傷病届』の個人情報とは当組合の事故調査と損害賠償請求業務に使用するもので、それ以外に利用することはありません。

事故発生状況報告書

[相手] A 氏名		[自分] B 氏名		運転 { 自分 自分以外 () 歩行・その他 ()
A 車 速度	km/h	B 車 速度	km/h	信号 無・有 (青・黄色・赤)
(制限速度	km/h	(制限速度	km/h	一時停止 標識 無・有 (B側・A側)
A車側 道路幅 (	m)	B車側 道路幅 (	m)	その他標識 ()
天候 (晴・曇・雨・雪・霧)	交通状況 (混雑・普通・閑散)			明暗 (昼間・夜間 明け方・夕方)
道路状況 見通し (良い・悪い) 舗装路・未舗装路 直線道路・カーブ 平坦路・坂道				

※物損事故扱いの場合、人身事故に入らないものが入る場合があります。必ず「事故発生状況」の欄に記入してください。

事故発生状況 略図(道路幅をmで記入してください。)

事故現場における A (相手) と B (自分) との状況を図示してください

A (相手)

B (自車)

その他の車

進行方法 ↑

信号

一時停止

人

自転車
バイク

一方通行 ⇒

上図の説明 (できるだけ詳しく
ご記入ください)

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおり報告いたします。

報告者 被保険者又は代理人 被保険者との関係 ()

氏 名 ⑨

事故状況と併せて事故当日の詳しい行動についてお答えください

① 事故発生日時は 平成 年 月 日 午前 午後 時 分 ころです。

このとき私は、〔 通勤途中 （ 出勤 ・ 退勤 ） ・ 勤務時間中 ・ 休憩時間中
社用出張中 ・ 私用外出中 ・ 休暇中 ・ パート・バイト中 〕 でした。

※ ① 通勤 （ 出勤 ・ 退勤 ） 途中であった方

通常の通勤所要時間 約 時間 分

出勤途上だった場合、事故当日 自宅を出た時間 午前 午後 時 分頃
退勤(帰宅)途上だった場合、事故当日 退社時間 午前 午後 時 分頃

そのとき

1. 通常通り寄り道なく出勤(帰宅)した。

2. 途中寄り道した。どこへ、どのくらい寄りましたか。

〔 分 くらい 〕

3. 普段とはまったく違う経路で出勤(帰宅)した。

② 事故当時の心身の状況 〔及び、事故の原因 など〕

心身の状況 正常 ・ 疲労 ・ わき見 ・ 飲酒 ・ 病気〔 〕

事故が起きた理由

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

また、事故を避けられなかった理由

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

治療狀況報告書

この事故で医師の 治療を受けましたか	☐ 受けた ☒ ☐ 受けない
-----------------------	---

治療を受けたとき	① 医療機関	名 称							
		所在地 〒			電話 ()				
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 []							
	治療開始	平成 令和	年	月	日	入院 ・ 通院			
治療期間	入院	年	月	日	～	年	月	日	
	通院	年	月	日	～	年	月	日	
①以外の医療機関でも治療を受けたとき	② 医療機関	名 称							
		所在地 〒			電話 ()				
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 []							
	治療期間	入院	年	月	日	～	年	月	日
		通院	年	月	日	～	年	月	日
	③ 医療機関	名 称							
		所在地 〒			電話 ()				
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 []							
	治療期間	入院	年	月	日	～	年	月	日
		通院	年	月	日	～	年	月	日

現在の状況

転 帰	(年 月 日 現在) 入院中 ・ 通院治療中 ・ 治癒 (治癒日) 年 月
治療見込	平成 年 月 に (治癒した ・ 治癒予定)
後 遺 症	(ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み)

※ 健康保険で治療されている場合、該当するものに○をしてください。

病院窓口自己負担金相当額は

- i 自分が負担している
- ii 自分が負担してる分は、加害者に直接請求している（ または、予定 ）
- iii 自分が負担してる分は、（ 保険会社に請求 ・ 保険会社が支払い ）している。（ または、予定 ）

iiiと回答された場合の請求先の保険会社は、

a (自分が契約している保険会社) b (相手が契約している保険会社)

名称

支店

担当者

保険証書の記号・番号

電話 ()

損害賠償請求及び示談状況

第三者(加害者) に対する損害賠償 の請求について	請求しましたか	(した ・ する予定 ・ していない)		
	請求したときはその年月日と方法及び請求先	平成 年 月 日 (口頭 ・ 文章)		
		(第三者(加害者) ・ 第三者(加害者)加入の保険会社)		
	(請求内容 :)			
	請求していないときはその理由			
第三者(加害者) に対する損害賠償 の放棄について	損害賠償請求権を放棄しましたか	(放棄した ・ 放棄していない)		
	放棄した場合はその理由			
加害者との間の 示談について	示談が成立していますか。	(成立している ・ 成立していない)		
	成立しているときはその年月日	平成 年 月 日 (示談書の写を添付ください)		
第三者(加害者)から損害賠償金及び示談金をすでに受け取っている場合				
損害賠償金の種別		金額	受付年月日	備考

注意事項

- ※ 加害者と示談を行う場合は、必ず事前に組合にその内容の申し出をしてください。
- ※ 損害賠償請求権を放棄又は、事故の相手と示談をして事故に関する医療費等の損害賠償を受けた場合は、その後の療養給付を受けられなくなる場合がありますので、ご注意ください。

石油製品販売健康保険組合
理 事 長 矢 島 幹 也 様

念書兼同意書

平成・令和 年 月 日、事故発生場所()
において、受診者[]の被った傷病について、健康保険法による保険給付を受
けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条の規定によって、
貴組合が保険給付費の価格の限度において、取得行使し、且つ損害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。
併せて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行う場合は、必ず事前に貴組合にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者から金品を受領した時は、受領年月日・内容・金額(評価額)を漏れなく且つ、遅滞なく
貴組合に届出ること。
4. 治癒又は症状固定(後遺症認定)した場合は、速やかにその内容を申し出ること。
5. 私が自動車損害賠償責任保険(共済)に損害賠償請求する場合は、予め貴組合にその内容を
申し出ること。

尚、この事故に関して、貴組合が損害賠償請求権の行使に必要な当該保険事故に関する私(被
扶養者)の情報を第三者(事故相手方・損害保険会社・医療機関・事業所等)に照会若しくは提示
することに同意いたします。

また、健康保険組合が相手の損害保険会社等または加害者に対して損害賠償の支払いの請求
をおこなう際、請求書類に必要事項を記載し、当該保険給付にかかる診療報酬明細書の写しを添
付することについても同意いたします。

令和 年 月 日 住 所 _____

被 保 険 者 氏 名 _____ ⑩

被 害 者 氏 名 _____ ⑩

※ 被扶養者が被害者の場合は、被保険者氏名と被害者氏名に連名で署名捺印ください。

※ 本人が署名捺印できない時は、その理由書を添付し届出者が代理人として、署名捺印の上提出し
てください。この場合、署名欄の被保険者を代理人と朱字訂正してください。

〈ひき逃げ等、加害者不明のときは、この覚書を作成してください。〉

石油製品販売健康保険組合
理事長 矢島 幹也 様

覚 書

わたしは、この度の下記の第三者行為について、次のことを遵守することを誓約します。

- (1) 現在、加害者の氏名や住所等について、一切不明ですが、加害者が見つか次第、速やかに健康保険組合まで連絡します。
- (2) 加害者が見つければ、加害者に対する賠償請求の手続きの処理に協力します。

記

第三者行為の事故について

事故発生日	平成 令和 年 月 日 (午前 : 午後) 時 分 ころ
事故発生場所	

以上

令和 年 月 日

被 害 者

住 所

氏 名

印

被保険者

住 所

氏 名

印

人 身 傷 害 保 險 加 入 狀 況 書

人 身 傷 害 補 償 保 険 に 加 入

(している ・ していない)

あなたが人身傷害補償保険に加入している場合すべて記入

加 入 保 険 会 社		
契 約 書 番 号		第 号
保 険 契 約 者	氏 名	
	住 所	〒
保 険 会 社	所 在 地	〒
	支 店 名	
	担 当 課	
	担 当 者	
	TEL	
保 険 金 額		無制限 ・ 万円
保 険 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日
人身傷害補償保険の 請求は		☐ 請求する ・ ☐ 請求しない ・ ☐ 人身傷害保険の対象とならない