

第三者行為の取り扱いについて

コクヨ健康保険組合

交通事故などで、負傷が第三者に原因して起こった場合は、その事故を起こした第三者（相手方）が、全責任をもって損害の賠償をしなければなりません。そのために自賠責保険や自動車保険（任意保険）制度等も用意されています。

しかし、健康保険組合に連絡の上、医療費部分を健康保険の対象とすることができます。その場合でも、あくまで一時的な立替であり支払いの責任は相手方にあります。{被害者に代わって、健康保険組合が賠償請求権を取得し、相手方（または損保会社）に請求します。}

健康保険の被保険者を保護するための仕組みですが、あくまで立替ですから、給付額（立替額）は回収出来なくてはなりません。書式は、負傷届・念書・誓約書等ですが、当組合と十分に連絡を取って、債権の回収のためには万全の努力・協力をしてください。なお、特に注意する点は次のとおりです。

1. 健康保険の適用時期

必要な手続きが完了して、当組合が病院に連絡するとき（請求手続きの関係上、翌月はじめから）

2. 損害賠償の範囲

健康保険組合は立替医療費の範囲でのみ賠償請求をし、慰謝料等の部分には関係しません。

以上

理事長	常務理事	事務長	事務次長	担当者

健康保険 第三者行為による傷病届

本人・家族






















負傷者	事業所名																					
	被保険者 記号番号 氏名・住所	記号	氏名	④																		
		番号	住所	〒																		
	負傷者が被扶養者である時	氏名		被保険者との続柄																		
加害者	加害者	氏名		年 月 日生																		
		住所	〒	TEL ()																		
	勤務先	名称		事業内容 又は職業																		
		所在地	〒	TEL ()																		
	加害者が不明 のとき	その理由																				
事故内容	負傷したときの用務(内容・目的・行先)など詳しく記入																					
	傷病名		発生年月日	年 月 日() 午前・午後 時 分頃																		
	発生場所																					
	種別	自動車事故・バイク、自転車事故・殴打、刺傷・その他()																				
	事故結果	治療・入院直後の死亡(死亡日 年 月 日)・即死 入院中の死亡																				
	警察官の立会	あった・ない・ないが届出済・わからない																				
	所轄署	警察署		派出所																		
	過失の度合 (未決定の場合は予想)	自分が何割		相手が何割																		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

この届に添えて提出する書類	1. 交通事故証明書(交通事故のとき)
	2. 事故発生状況報告書【別紙1】(同上)
	3. 加害者自動車保険加入状況【別紙2】(同上)
	4. 念書
	5. 誓約書

受付日付印

【別紙1】

事故発生状況報告書

保険証明書 番号	第	号	当 事 者	甲(加害運転者)	氏名																
自動車の番号				乙(被害者)	氏名																
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	舗装	してある してない	歩道(両、片)	あ る な い	直線・カーブ																
	平坦・坂		見通し	良 い 悪 い																	
信号又は標識	信号	ある ない	駐車禁止	されている されていない	その他の標識																
速 度	甲車両	Km/h (制限速度	Km/h)	乙車両	Km/h (制限速度 Km/h)																
事故現場における自動車と被害者と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) <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; text-align: right;"> <tr> <td>自 車</td> <td></td> </tr> <tr> <td>相 手 車</td> <td></td> </tr> <tr> <td>進 行 方 向</td> <td></td> </tr> <tr> <td>信 号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>一 時 停 止</td> <td></td> </tr> <tr> <td>人 間</td> <td></td> </tr> <tr> <td>自 転 車</td> <td rowspan="2">}</td> </tr> <tr> <td>オ ー ト バ イ</td> <td></td> </tr> </table>					自 車		相 手 車		進 行 方 向		信 号		一 時 停 止		人 間		自 転 車	}	オ ー ト バ イ	
自 車																					
相 手 車																					
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	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																				
年 月 日	報告者	甲との関係 ()		乙との関係 ()																	



【別紙2】

加害者の自動車保険加入状況	自賠責保険加入状況	加入の有無	ある ・ ない		保険契約間	自	年	月	日		
		保険加入証明 記号番号	第	号	契約者氏名						
		契約保険会社	名称と 担当者名								
	所在地		TEL ()								
	任意保険加入状況	任意保険加入状況	加入の有無	ある ・ ない		保険契約間	自	年	月	日	
			任意保険証明 記号番号	第	号	契約者氏名					
契約保険会社			名称と 担当者名								
	所在地	TEL ()									
示談状況	1. 示談が成立		成立日 年 月 日								
	2. 交渉中		年 月 日現在交渉中								
	3. 示談が成立していない		成立していない理由()								
	4. 請求権を放棄した		放棄日： 年 月 日 放棄した理由()								
損害賠償の請求	保険会社から賠償金の受領		していない ・ した ・ 請求中								
	加害者に対する損害賠償の請求		していない ・ した(口頭・文書) →いつ(年 月 日)								
治療状況	この事故で医師の治療を受けましたか				受けた ・ 受けていない						
	治療を受けたとき	医療機関	名称								
			所在地	TEL ()							
	治療を受けたとき	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他()								
		治療開始日	年 月 日 入院・通院開始								
	治療を受けたとき	現在の状況	年 月 日現在 入院中・通院中・治癒・その他()								
		入院治療期間	入院 自	年	月	日	～	至	年	月	日
	治療を受けたとき	治療終了見込	通院 自	年	月	日	～	至	年	月	日
			後遺症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込							
治療を受けたとき	治療終了見込	1. 年 月頃終了見込									
		2. 事故後半年以内に終了見込									
治療を受けたとき	治療終了見込	3. 事故後1年以内に終了見込									
		4. 事故後1年以上かかる見込									
治療を受けたとき	治療終了見込	5. その他()									

念 書

(場所)

年 月 日 において
(相手方)

の行為により 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、私に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、コクヨ健康保険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、損害保険会社へ医療費等の請求をする際、病名・医療費の額等が明記されている診療報酬明細書等の写しを活用することに同意します。

また、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職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. 加害者側から金品を受けたときは受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅延なく貴職に届け出ること。

年 月 日

〒

住 所

被保険者名 ⑩

被扶養者名 ⑩

*被扶養者が受けた事故である時は連名でご記入下さい。

コクヨ健康保険組合理事長 殿

誓 約 書

(1) 発生年月日 年 月 日 (午前・午後) 時 分頃

(2) 発 生 場 所 _____

上記について加害者 _____ は、

被害者 _____ に対して負う、損害賠償につき、被害者が健康保険法による、保険給付を受けた場合は、下記事項を遵守することはもちろん、その費用は過失の割合に応じて責任をもって、コクヨ健康保険組合に返納することを誓約いたします。

記

1. 貴組合より、被害者が受けた保険給付の請求があったときは、遅滞なくその負担額を貴組合に支払うこと。
2. 被害者が受けた保険給付の損害賠償については、常に誠意を持って貴組合の申し出に応じること。
3. 被害者と示談を結ぶ場合は、事前に貴組合に申し出ること。
4. 加害者側の連帯保証人(損保会社)は、コクヨ健康保険組合に対し、連帯して治療費の責務を負担すること。
5. 上記事項に違背した場合は貴組合において、いかなる処置をとられても異議の申し立てをしないこと。

年 月 日

コクヨ健康保険組合理事長 殿

加 害 者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

連帯保証人 住 所 _____

(損保会社) 氏 名 _____ (印)