

第三者行為による負傷届について

◆この届出は・・・

被保険者又は被扶養者が自動車事故などの「第三者の行為」によって負傷し、健康保険で治療等を受ける時、又は受けた時に届出するものです。

第三者の行為によって負傷した治療費等は本来加害者が負担すべきもので、被保険者又は被扶養者が健康保険で治療等を受けた場合、もともと第三者が支払うべき治療費を健康保険組合が負担したことになります。このため被保険者または被扶養者が第三者に対して有する損害賠償請求権を健康保険組合が代位取得し、健康保険組合が支払った治療費等を保険会社に請求します。

◆提出書類（各シートを印刷して届出をお願いします）

- イ 交通事故（その他第三者行為）による負傷届
- ロ 事故発生状況報告書
- ハ 念書
- ニ 交通事故証明書（コピー可能です）
※安全運転センターまたは、警察署にて申請を行って取り寄せて下さい。
照合記録簿の種別が「物件事故」になっている場合は、「ホ」を添付。
- ホ 人身事故証明書入手不能理由書
- へ 第三者行為の加害者が不明な場合について
※当て逃げ等、**加害者がわからない場合**のみご記入下さい。

◆注意事項

- この届出は自分を被害者（乙）、相手を加害者（甲）としてご記入下さい。
たとえ、自分の過失割合が多く事故状況からして加害者となる場合でも相手を加害者として記入して下さい。
- 示談を行う場合は示談する前に当組合に治療終了日（症状固定含む）をご連絡下さい。勝手に加害者と示談することのない様をお願いします。
- 自動車賠償責任保険（保険会社）に請求した場合は届出の写しを必ず保管しておいて下さい。
- この届出に添付する書類を提出できない場合は、当組合にご連絡下さい。

※ご不明な点がございましたら当組合までお問い合わせ下さい。

〒275-0024
習志野市茜浜1-10-2
千葉県トラック健康保険組合
TEL：047-452-6661

交通事故（その他第三者行為）による傷病届

令和 年 月 日









被 保 険 者	保険証の記号番号	-		職 種	
	フリガナ				
	氏 名				
	住 所	電話番号 - -			
	勤務先名称				
	勤務先所在地	電話番号 - -			
負傷者が被扶養者の場合はその者の氏名				続 柄	
事 故 の 状 況	発 生 日 時	令和 年 月 日 / 午前・午後 時 分頃			
	発生場所（住所）				
	何をしている時に	勤務中・通勤途中・その他（ ）			
	警察への届出	有 警察署・派出所へ届出 無（理由 ）			
他 に 負 傷 者 が い る 場 合 は そ の 者 の	氏 名				
	住 所	電話番号 - -			
治 療 の 状 況	医療機関名	医療機関所在地	受 診 期 間	治 療 費	
	1.		入院	～	健康保険・自費
			通院	～	その他（ ）
	2.		入院	～	健康保険・自費
			通院	～	その他（ ）
	3.		入院	～	健康保険・自費
通院			～	その他（ ）	
相 手 方 （ 加 害 者 ）	フリガナ				
	氏 名				
	住 所	電話番号 - -			
	勤務先名称				
	勤務先所在地	電話番号 - -			

相 手 方 （ 加 害 者 ） の 保 険 契 約 内 容	自 賠 責 保 険		任 意 保 険		
	保険会社名				
	所 在 地		〒 -		
	電 話 番 号				
	担 当 者				
	証 書 番 号				
	保 険 期 間		自 令和 年 月 日	自 令和 年 月 日	
			至 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	
	契 約 者	(フリガナ) 氏 名			
		住 所			
保 有 者	(フリガナ) 氏 名				
	住 所				
内 容	車 種		車 両 番 号		
	運転者と保有者の関係		備 考		
損 害 賠 償 の 内 容 と 状 況	示 談		した（成立日： 令和 年 月 日）・交渉中 していない(理 由：)		
	賠 償 金		受領済 ・ 一部受領済 ・ 受領していない		
	※受領した場合は、種別・金額など詳細を記入して下さい。		種別	金額	受領年月日
	(種別) ・治療費 ・見舞金 ・休業補償費等			円	令和 年 月 日
				円	令和 年 月 日
				円	令和 年 月 日
			円	令和 年 月 日	
この届出に添えて提出する書類					
1. 交通事故証明書 2. 事故発生状況報告書 3. 念書 4. 示談した場合は示談書 5. 死亡した場合は死亡診断書					

事故発生状況報告書

自賠責保険証明書番号
第 _____ 号

別紙交通事故証明書に補足して報告致します。

甲 (相手方)		乙 (被保険者又は被扶養者)	
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)	
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 (道路幅m) で記入して下さい。 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 相手車 (甲)  自車 (乙)  進行方向  信号  一時停止  人間  自転車 }  オートバイ }  </div>		
上記図の説明を書いて下さい			

※下欄は、請求する保険契約自動車の他に加害自動車があり判明している場合にご記入下さい。

運転者	氏名		自動車の番号	
	電話番号			
保有者	氏名		住所	〒 _____
	電話番号			

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

甲との関係 () 住 所 _____

報告者 _____

乙との関係 () 氏 名 _____

印

念 書

令和 年 月 日（場所： ）において、
（相手方氏名： ）の不法行為により（被保険者氏名または被扶養者氏名： ）の被った保険事故について、健康保険法による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、貴組合が給付の価額の限度において取得行使し、且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立てます。

なお、加害者等（損害保険会社を含む）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使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。

イ．加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。

ロ．加害者に白紙委任状を渡さないこと。

ハ．加害者から金品を受け取ったときは、受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、且つ遅延なく貴組合に申し出ること。

ニ．自賠責保険・任意保険共に被害者請求する場合は、前もって必ず貴組合にその内容を報告すること。

千葉県トラック健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日

住 所

被保険者氏名

印

人身事故証明書入手不能理由書

当事者	相手方 (甲)	住所		電話番号	- -	
		氏名		生年月日	大昭和 年 月 日 (才)	
		自賠責保険 契約先		自賠責保険 証明書番号	第	号
		登録番号		車台番号		
	被害者 (乙)	住所		電話番号	- -	
		氏名		生年月日	大昭和 年 月 日 (才)	
		自賠責保険 契約先		自賠責保険 証明書番号	第	号
		登録番号 車両番号		事故時 の状態	運転・同乗 (甲・乙) 歩行・その他	
発生年月日時		令和 年 月 日	午前 午後	時	分 ころ 天気	
発生場所						
届出警察		警察 (担当官)	届出年月日	令和 年 月 日		
甲・乙 以外の 当事者	住所		氏名			
	自賠責保険 契約先		自賠責保険 証明書番号	第	号	
人身事故証明書入手不能理由						
添付書類 ・ 事故車両の写真、修理見積書および示談書 ・ 車台番号契約の場合 - 車検証写、又は登録済証写 ・ 物損事故届のある場合 - 当該事故証明書 ・ 構内事故の場合 - 構内責任者の事故現認書						
上記理由により人身事故証明書は取得していませんが人身事故の事実相違ありません。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 報告者 甲との関係 () 住所 乙との関係 () 氏名 (印) 電話 - -						
上記事故を目撃したことを証明致します。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 目撃者 住所 氏名 (印) 電話 - -						

第三者行為の加害者が不明な場合について

この度、令和 年 月 日に第三者行為による事故におきまして、加害者不明の為、
加害者の判明または、警察から連絡を受けた場合は至急連絡致します。

－ 記 －

事故内容及び加害者が不明な理由

上記内容にて令和 年 月 日現在も不明です。

令和 年 月 日

〒 -

住 所

被保険者 氏 名

④

電話番号