



第三者行為による傷病届

交通事故等、第三者の行為が原因でケガをした場合※に健康保険を利用して診療を受けたときは「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。

※仕事中(業務災害)や通勤途中の事故が原因の場合は除きます。

記載例

第三者行為による傷病届

項目	内 容	
届出者	記号番号	21700023 1
	氏名	協会 太郎
被害者(被傷者)	氏名 / 性別 / 年齢	協会 花子 男・女 38歳
	籍所 / 生年月日	妻 昭和61年 1月 22日
	住所 / 電話番号	東京都港区1-0-0 03-XXXX-XXXX
加害者(加害者)	氏名 / 性別 / 年齢	健保 一郎 男・女 27歳
	住所 / 電話番号	東京都世田谷区0-0-1 03-0000-0000
事故発生状況	<input checked="" type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 <input type="checkbox"/> 製造物損害 <input type="checkbox"/> 製造不明 <input type="checkbox"/> その他 ()	
事故発生日時	令和7年 5月 3日 (午前) 午後 11時 15分頃	
事故発生場所	東京都千代田区00-1-1	
被害者の任意保険(任意保険)	保険会社名	〇〇保険会社
	契約者氏名 / 性別	健保 一郎 本人
	自賠責番号 / 登録番号	ABCD12345-XYZ 品川 500 あ〇〇〇〇
	保険期間	令和7年 5月 1日 ~ 令和8年 4月 30日
加害者の任意保険(任意保険)	保険会社名	□□火災海上会社
	所在地 / 電話番号	東京都新宿区△2-2 03-△△△△-△△△△
	担当者 / 担当部署	損保 二郎 (敬称略)
	保険契約者氏名	健保 一郎
被害者の任意保険(任意保険)	保険契約者氏名	健保 一郎
	保険契約者住所	東京都世田谷区0-0-1
	電話番号 / 任意一括(注1)	××××-123456789.9 (有)・無
	保険期間	令和7年 5月 1日 ~ 令和8年 4月 30日
治療状況等	保険会社名	△△損保会社
	所在地 / 電話番号	東京都港区0-0-0 03-XXXX-0000
	担当者 / 担当部署	損保 一
	診療機関①	千代田〇〇病院 治療開始 令和7年 5月 3日 治療終了(注2) 令和7年 6月 9日
診療機関②	品川〇〇病院 治療開始 令和7年 6月 10日 治療終了(注2) 毎 月 毎 月	
示談又は和解(注3)	<input type="checkbox"/> 示談・和解済 <input checked="" type="checkbox"/> 交渉中 <input type="checkbox"/> 示談・和解しない	

(注1) 「任意一括」とは、加害者の任意保険会社が自賠責保険も一括で対応することを指します。
 (注2) 治療者と示談又は和解を行った場合は、示談内容または和解内容がわかるもの(示談書等)を提出してください。
 (注3) 示談又は和解(注2)は、加害者の任意保険会社と被害者との間で取り交わすこととなります。

5 1 4 1 1 1 全国健康保険協会(協会けんぽ)

被傷者の任意保険以外の場合は、被傷者のマイナンバーを記入ください。
 (記入した場合は、本人確認書類等の提出が必要となります。)

資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。
 ※枝番は記入不要です。
 ※記号・番号が不明な場合はP.31参照。

事故証明書等を参考にわかる範囲でご記入ください。

事故相手に任意保険の対応があるときはご記入ください。

治療状況欄は必ずご記入ください。

不明な場合は記入不要です。

チェックリスト

●申請時期
すみやかに

●添付書類チェックリスト

交通事故の場合

- 事故発生状況報告書
- 交通事故証明書
- 人身事故証明書入手不能理由書(物損事故扱いのとき等)
- 同意書

交通事故以外の場合

- 事故発生状況報告書
- 同意書