第三者行為による傷病届

項 目	内 容
届出者	健康保険の記号番号 (記号) (番号)
	氏名 (氏名)
被害者 (受診者)	氏名 / 性別 / 年齢 (氏名) (性別) 男・女 (年齢) 歳
	続柄 / 生年月日 (届出者との関係) (生年月日) 年 月 日
	住所 / 電話番号 (住所) 〒 - (☎) - -
加害者 (相手)	氏名 / 性別 / 年齢 (カナ) (氏名) (性別) 男・女 (年齢) 歳
	住所 / 電話番号 (住所) 〒 - (☎) - -
事故発生状況	事故の内容 (あてはまるものに☑をつけてください) ☐ 交通事故 ☐ 暴力(ケンカ) 動物による負傷(☐ 飼主が加害者 ・ ☐ 飼主不明) ☐ その他 ()
	事故発生日時 年 月 日 午前・午後 時 分頃
	事故発生場所
加害者の 自賠償保険	保険会社名 (加害者の自賠償保険会社名称)
	契約者氏名 / 続柄 (氏名) (加害者との関係)
	自賠償番号 / 登録番号 (自賠償証書番号) (登録番号) ※ナンバープレート
	保険期間 (保険期間) 年 月 日 ~ 年 月 日
加害者の 任意保険	保険会社名 (加害者の任意保険会社名称)
	所在地 / 電話番号 (取扱店の所在地) 〒 - (☎) - -
	担当者 / 担当部署 (取扱店担当者名) (取扱店担当部署)
	保険契約者氏名 (氏名)
	保険契約者住所 (住所) 〒 -
	証書番号 / 任意一括(注1) (証書番号) (任意一括の有無) 有・無
被害者の 任意保険	保険会社名 (被害者の任意保険会社名称)
	所在地 / 電話番号 (取扱店の所在地) 〒 - (☎) - -
	担当者 / 担当部署 (取扱店担当者名) (取扱店担当部署)
治療 状況等	診療機関① (診療機関名) (治療開始) 年 月 日 (治療終了(見込)) 年 月 日
	診療機関名/治療期間 所在地/電話 (所在地) 〒 - (☎) - -
	診療機関② (診療機関名) (治療開始) 年 月 日 (治療終了(見込)) 年 月 日
	診療機関名/治療期間 所在地/電話 (所在地) 〒 - (☎) - -
	示談又は和解(注2) (あてはまるものに☑をつけてください) ☐ 示談・和解済 ☐ 交渉中 ☐ 示談・和解はしない

(注1) 「任意一括」とは、加害者の任意保険会社が自賠償保険も一括で対応することを指します。

(注2) 加害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)を添付してください。

5 1 4 1 1 1

全国健康保険協会(協会けんぽ)

被保険者の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

同意書

私が加害者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、法令（※）により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、保険者が損害賠償額の支払の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、請求書一式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。

なお、私が損害保険会社等へ請求し、保険金等を受領したときは、金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、保険者が保険医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

さらに、私が70歳代前半の被保険者に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていた場合、当該軽減特例措置によって支給された一部負担金等の一部に相当する額について、国が加害者または加害者の加入する損害保険会社等に請求を行うこと、国が保険者に損害賠償額の支払の請求及び受領を委任すること並びに国から委任を受けた保険者が当該金額についての請求事務及び受領代行業を外部機関に委託することについても同意します。

その上で、保険者が損害保険会社等から受領した金銭と被保険者が返還すべき額を相殺することに同意します。

また、保険者が保険給付又は損害賠償請求に必要なと認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること、保険給付後の傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還することに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は、必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、速やかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

年 月 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所

氏名

(印)

(※) 各保険における根拠法令は次のとおりです。

健康保険：健康保険法第57条、船員保険：船員保険法第45条、国民健康保険：国民健康保険法第64条1項、後期高齢者医療：高齢者の医療の確保に関する法律第58条1項

※この書類は、交通事故証明が入手できない、または物件処理のため人身事故証明がない場合に提出が必要です。

人身事故証明書入手不能理由書

発生日時				
発生場所				
加害者 (甲)	住所			
	氏名		生年月日	
	車種		車両番号	
	自賠責保険契約先		自賠責証明書番号	
	事故時の状態	運 転 ・ 同 乗 ・ 歩 行 ・ そ の 他		
被害者 (乙)	住所			
	氏名		生年月日	
	車種		車両番号	
	自賠責保険契約先		自賠責証明書番号	
	事故時の状態	運 転 ・ 同 乗 ・ 歩 行 ・ そ の 他		
甲・乙 以外の 当事者	住所			
	氏名		車両番号	
	自賠責保険契約先		自賠責証明書番号	
人身事故証明書を入手できない理由	☐ 受傷が軽微で、検査通院であったため ☐ 受傷が軽微で、治療が短期間で終了したため ☐ 公道以外で発生した事故のため ☐ その他 ()			

上記理由により人身事故証明書は取得できませんが事故の事実には相違ありません。	
	年 月 日
(甲) 住所	電話() -
氏名	印

上記事故を目撃しました。	
	年 月 日
目撃者 住所	電話() -
氏名	印