

# 健康保険第三者の行為による傷病届

本人・家族

様式第3号  
(その1)

被害者・加害者関係	被保険者証	記号	被保険者氏名	印		
		番号	現住所	TEL ( )		
	被保険者が勤務している事業所	名称				
		所在地	TEL ( )			
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名	被保険者との続柄			
	(相手方) 第三者	氏名	生年月日	年	月	日
		現住所	TEL ( )			
第三者の勤務先	名称または氏名					
	所在地または住所	TEL ( )				
第三者が不明なとき	その理由					
事故内容	傷病名			発生年月日	午前・午後 時 分頃	
	事故発生場所					
	種別	自動車事故・バイク事故・殴打・その他 ( ) 自転車 事故・刺傷				
	事故結果	即死・入院直後の死亡 (死亡 年 月 日) ・治療 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	自分がなんぶ 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.		相手がなんぶ 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.		

※ 該当文字を○でかこみ、必要事項は記入して下さい。










この届に添えて提出する書類	1. 自動車事故証明書
	2. 事故発生状況報告書
	3. 診断書
	4. 念書
	5. 誓約書

受付日付印

## ※損害賠償請求権の代位取得

健保組合が病院に支払った治療費は、本来、第三者(加害者)が支払うべきものです。それを健保組合が第三者(加害者)に代わって立て替え払いをし、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損害賠償責任保険等から返してもらうことになります。

したがって、被害者が第三者(加害者)に対して有する損害賠償請求権のうち、保険給付を受けた限度内については損害賠償請求権が自動的に健康保険組合に移ります。この権利が移行することを代位といいます。 【健康保険法第57条第1項i】

事故発生状況	加害者の行為によって生じた事故について、加害者の行動および被害者の行動をわかりやすく、詳しく記入してください。	
事故現場の見取図	事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示してください。	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>甲車 </p> <p>甲車以外 </p> <p>進行方向 </p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>一方通行 </p> <p>人間 </p> <p>自転車オートバイ </p> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;">  </div> </div>	

※自動車事故であつて「事故発生状況報告書」をこの届に添えて提出するときは、この頁に記入する必要はありません。

様式第3号  
(その2)

加害者の入自状況	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日	
	保険加入証明記号番号	第 号	契約者名		
	契約保険会社	名称 所在地	TEL ( )		
示談状況	示談が成立	交渉中	年 月 日	請求権を放棄した	
	年 月 日	成立していない	現在	年 月 日	
損害賠償の請求および支払状況	自動車事故のときは保険会社から賠償金の受領は	した(請求者名 )・しない・申請中			
	加害者に対する損害賠償の請求	していない・した	年 月 日	治療費 円 休業補償 円 その他 円	
損害賠償の請求および支払状況	損害賠償の種類 加害者直接賠償・保険会社からの賠償				
	第三者「加害者」から損害賠償を受けた時	治療費(入院費を含む)	円		
		休業補償費	自 年 月 日 至 年 月 日	1日につき 日分 計	円 円 円
		葬祭費	円		
		慰籍料	円		
		見舞金	円		
		損害補償費	円		
		その他	円		
	合計	円			
	受領方法および日	全額	年 月 日受領		
分( )割払		第1回	円 年 月 日受領		
		第2回	円 年 月 日受領		
	第3回	円 年 月 日受領			

治療状況を	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた ・ うけない		
	治療	医療機関	名称		
			所在地	TEL ( )	
	治療をうけたとき	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他( )		
		治療開始	年 月 日 入院・退院		
		転帰	( 年 月 日現在) 現在入院中・通院加療中・治癒・中止		
		入院治療期間	入院 自 年 月 日 ~ 至 年 月 日 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			
	治療見込	年 月 日から約 日 くらい			

この欄は記入する必要ありません。

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額		支給年月日	備 考
療養の給付	円	自 . . . . 至 . . . .	日間	
療養費	円	マッサージ、コルセット、 柔道整復施術、輸血		
傷病手当金	円	自 . . . . 至 . . . .	日間	
	円			
	円			
	円			
合計	円			