第三者行為による傷病届の提出について

～手引き・記入上の注意～

1. 第三者（加害者）がいるけが・病気の場合の届出について

交通事故や暴力行為、他人が飼育する動物による咬傷（かみつき）など、第三者（加害者）の行為によるけがや病気で健康保険証を使用して受診した場合、健康保険組合が負担した医療費は、後日、加害者または加害者側の保険会社へ請求します。

そのため、第三者行為による傷病で健康保険証を使用した場合は、速やかに「第三者行為による傷病届」をご提出ください。

2. 傷病届の提出が必要となる主なケース

・交通事故（自動車、バイク、自転車等）

・他人からの暴力行為によるけが

・他人が飼育する動物による咬傷（かみつき）事故

・他人の過失による転倒事故

・飲食店、旅館、食品販売店等で提供された食品が原因と疑われる食中毒

・その他、第三者の行為によって負傷した場合

※ご自身の不注意による転倒やスポーツ中の事故などは対象外です。

3. ご提出いただく書類について

事故内容や状況に応じて、交通事故証明書、示談書の写し等の提出をお願いする場合があります。

4. 記入上の注意

① ご自身を「被害者」、事故の相手方を「加害者（事故相手）」として記入してください。
　交通事故でご自身に過失がある場合でも、相手方を「加害者」として記入してください。

② 事故発生日時、場所、事故発生状況、負傷状況等はできるだけ正確に記入してください。

③ 不明な項目は空欄で構いません。

④ 加害者が逃げてしまい不明の場合や、自損事故の場合は、加害者欄以外をご記入してください。

⑤ 示談や賠償金の受領を行う前に、必ず健康保険組合へご相談ください。

5. 提出についてのお願い

第三者行為によるけがや病気で健康保険を使用した場合は、速やかに傷病届をご提出ください。提出が遅れると、健康保険組合による医療費の請求手続きに支障が生じる場合がありますので、ご協力をお願いいたします。

【お問い合わせ先】ブリヂストン健康保険組合 給付担当
TEL：03-3280-7326

第三者行為による傷病届

別添1

項目			内容		
届出者（被保険者）	被保険者等記号番号 /事業所名		被保険者記号・番号 －	事業所名	
	届出者情報	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏 名		生年月日 年 月 日
		住所 / 電話	〒		TEL （ ）
被害者（受診者）	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	届出者の情報と同じ場合はチェック □	ふりがな 氏 名 〒	届出者との関係	生年月日 年 月 日 TEL （ ）
加害者（第三者）	氏 名		ふりがな 氏 名		
	住所 / 電話		〒		TEL （ ）
事故発生状況	事故発生日時		年 月 日 午前 / 午後 時 分頃		
	事故発生場所				
	労災保険対象の確認		本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 （※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック）		□
自賠責保険（加害者）	保険会社名 / 保険契約者名		保険会社名	ふりがな 氏 名	
	登録番号 / 車台番号		登録番号	車台番号	
	保険期間 / 自賠責証明書番号		保険期間 年 月 日 ～ 年 月 日		自賠責証明書番号 第 号
任意保険（加害者）	保険会社名 / 担当部署		保険会社名	担当部署	
	取扱店所在地 / 電話		〒		TEL （ ）
	担当者名 / E-mail		ふりがな 氏 名		E-mail
	保険契約者名		ふりがな 氏 名		
	住所		〒		
	保険期間 / 契約番号		保険期間 年 月 日 ～ 年 月 日		契約番号 第 号
	任意対人一括の有無		有 ／ 無		
被害者加入の保険会社の関与		関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 □ 無 □	保険会社名	担当部署	
			担当者氏名		TEL （ ）
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※治療終了日（見込）については可能な範囲でご記入ください。		① 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
			〒		TEL （ ）
			② 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
			〒		TEL （ ）
			③ 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
			〒		TEL （ ）
傷病届作成日 / 作成支援の有無			年 月 日	本届出書を損害保険会社等（業務委託先を含む）の支援を受けて作成した場合はチェック	□

（注）本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。

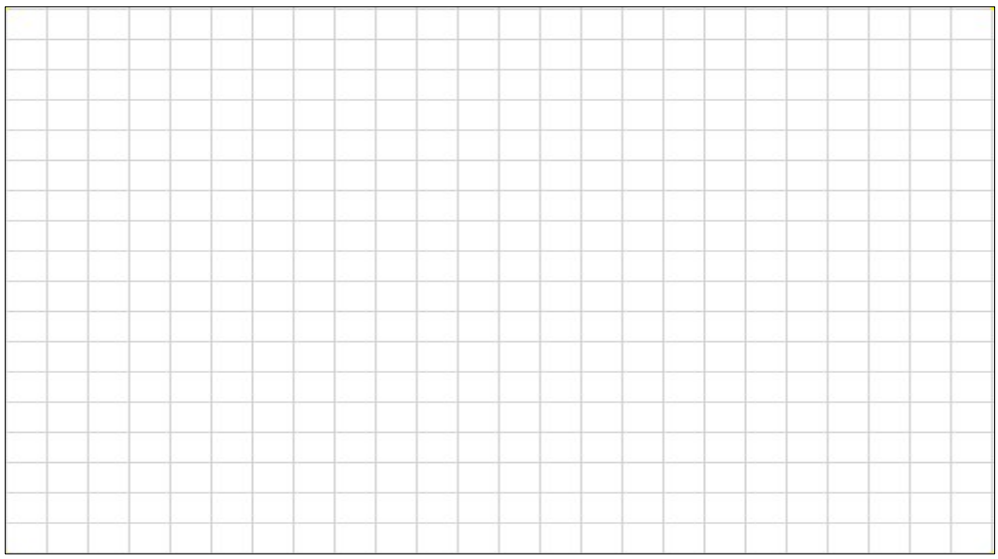
別添２

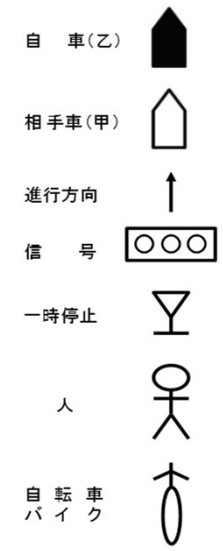
事　故　発　生　状　況　報　告　書

事故証明書番号	第　　号	当事者	甲（加害者）	氏名		
自動車の登録番号			乙（被害者）	氏名		運転・同乗・歩行・その他
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・していない）　・　歩道：（ある・ない）　・　道路の見通し：（良い・悪い） 中央車線：（ある・ない）・　道路の状況：（直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路）					
信号又は標識	信号：（ある・ない）　・　自車側信号：（青・赤・黄）　・　相手側信号：（青・赤・黄） 駐停車禁止：（されている・されていない）　・　その他標識：（　　）					
速　度	甲車両：　　km/h（制限速度　　km/h）　・　乙車両：　　km/h（制限速度　　km/h）					

事故現場状況図

（右の記号を使って乙の立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はｍで記入してください。）





事故発生の状況（経緯）

被害者の負傷状況

日	☐ 出勤日　☐ 休日（定休日・休暇を含む）　☐ その他（　　）
時間帯	☐ 勤務時間中（パート・アルバイト含む）　☐ 通勤途上　☐ 出張中　☐ 私用　☐ その他（　　）
場所	☐ 会社内　☐ 道路上　☐ 自宅　☐ その他（　　）
労災特別加入※ ※社長、役員等の経営者が加入する労災保険	（被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入）　☐ 加入有　☐ 加入無

上記内容に間違いありません。

※署名又は記名・押印

年　　月　　日

届出者（被保険者）　　：
※未成年の場合は親権者等

印

（注）本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰ってください。

R08.11ブリヂストン健

ブリヂストン健康保険組合　宛

別添3

同　意　書

私が加害者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第57条の規定により、ブリヂストン健康保険組合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、次の事項に同意します。

1. ブリヂストン健康保険組合が損害賠償の支払いの請求を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。
2. 私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、ブリヂストン健康保険組合は受領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。
3. ブリヂストン健康保険組合が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い医療機関等から情報提供を受けること。
4. ブリヂストン健康保険組合が保険給付又は損害賠償の支払の請求に必要と認める場合、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。

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、すみやかに届出ること。
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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞