6－1　交通事故でけがをし、医者にかかったとき

『第三者行為による傷病届』

(1)小さな事故でも必ず警察へ

○交通事故でけが(または死亡)をしたときは、治療費等を過失割合によって、加害者(相手側)に請求することになります。

○小さな事故(かすり傷程度)だと思い、加害者の身元を確認しなかったり、警察署へ届け出なかったりすると、後日被害者に後遺症がでても、治療費、休業損害、後遺障害補償、慰謝料等の損害賠償請求権を行使できなくなります。

○交通事故によってけがをしたときは、どんなに小さな事故でも加害者の住所、氏名、運転免許証番号等を確認し、必ず警察署に「人身事故」の届出(「物損事故」では、治療費等の損害賠償請求権を行使できなくなります。)をしてください。

※交通事故など第三者の行為によるけがで治療(検査程度も含む。)を受けるときは、必ず「人身事故」扱いにしてください。

(2)健康保険で治療を受けることができます(必ず当組合へ連絡を)

○すべての車両は自動車損害賠償責任保険(自賠責保険)に加入することが義務づけられています。このため自動車事故の場合、加害者は自賠責保険の保険金を損害賠償にあてることができます。

○加害者との交渉が円滑に進まず損害賠償の支払いが受けられない場合には、被害者が直接保険会社に損害賠償を請求することができます。多くの場合が自賠責保険で治療等を受けられるわけですが、とりあえず健康保険で治療を受けることもできます。

○この場合、当組合は、保険給付をした額の範囲内で被害者に代わって加害者へ損害賠償を請求することになりますので、早急に当組合へ連絡して所定の届書を提出してください。

○当初は自賠責保険で治療を受けていても、自賠責保険の支払限度額に達して、健康保険に切り替えるというケースも少なくありません。この場合にも当組合は加害者に給付金の返還を求める(求償権行使)ことになりますので、交通事故にあった時は、健康保険で治療を受けるか自賠責保険で治療を受けるかにかかわらず、必ず当組合へ連絡してください。

○交通事故に限らず第三者によって負傷させられた場合も同じです。

(3)提出書類

○「第三者行為による傷病届」
「第三者行為による傷病届」(6-1-3～6 参照)を早急に提出してください。その後の提出書類等は、後日当組合からご連絡します。

(4)記入上の注意

○事故状況により、相手側からすると、こちらが加害者になる場合がありますが、けがをした時は、保険給付上こちらが被害者となります。

○被扶養者が被害にあった場合は「被害者」の「被扶養者」欄に、必要事項を記入してください。

○健康保険で治療を受けたときは、「健康保険」の文字を○で囲んでください。

○加害車両が任意保険に加入しているかどうかを調査確認し、加入している場合は、「（任意保険）」欄に所定事項を記入してください。

(5)示談は慎重に

○示談は、後遺症などの事も考えて慎重に行うことが大切です。不用意に示談をしますと不当に安い金額で泣き寝入りをすることになったり、示談の範囲内で保険給付が受けられなくなったりすることがあります。

○示談の前には、必ず当組合へご連絡ください。

(6)時効

○自動車損害賠償責任保険の請求時効は被害者又はその法定代理人が損害及び保有者を知った時から3年です。（自賠法第 19 条）

※健康保険の給付で、全部又は一部の給付制限を受ける場合
健康保険法第 117 条により「闘争、泥酔または著しい不行跡によって保険事故が生じた場合は、その事由によって保険給付の全部又は一部を制限する」となっており、第三者行為によるけがに該当するときでも、飲酒運転、信号無視等著しい交通法規違反や、ケンカ等でけがをしたときは、保険給付に制限を受けるときがあります。

【交通事故１枚目左側】

本　人
家　族

健康保険第三者行為による傷病届

提出日付

※A3サイズ見開きでご使用ください。

令和　○　年　○　月　○　日

西武健康保険組合理事長殿

本件は、業務上又は通勤による交通事故ではありません。
下記のとおりお届けいたします。

被保険者氏名

健保組合
常務理事
事務長
取扱者

事故の当事者（被保険者または被扶養者）	被保険者等の	記　号	000	番　号	00000
	氏　名	○○　○○		年　齢	○○　歳
	事故当事者が被扶養者のとき	氏　名	○○　○○		
		続　柄	○○	年　齢	○○　歳
	住所(自宅)	○○県○○市○○町0－00－0　TEL　000(000)0000			
	住所(会社)	○○府○○市○○町00－00　TEL　00(0000)0000			
	会社名	株式会社○○○○	所　属	○○部○○課	
相手方	氏　名	逃走したため不明	生年月日	大正 昭和 平成　年　月　日	
	住所(自宅)	TEL			
	勤務先の 名称		所　属		
	勤務先の 住所	TEL			
	住所・氏名が不明の場合の理由				
事故内容	傷病名	○○○○、○○○○○○			
	発生年月日	令和　○　年　○　月　○　日　午前・午後　○　時　○　分			
	発生場所	○○県○○市○○町○○番地先路上			
	種　別	交通事故(自動車・バイク・自転車)・殴打・刺傷・その他(　　)			
	警察官立会い	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			
	発生の責任	相手方・当方・両方			

事業所	所　属
印	印
印	印
印	印

（注1）交通事故証明書及び診断書の（写）を添付してください。
本書の提出が必要なときは連絡します。

（注2）交通事故証明書は、「人身事故」扱いとしてください。「物損事故」では受理できません。

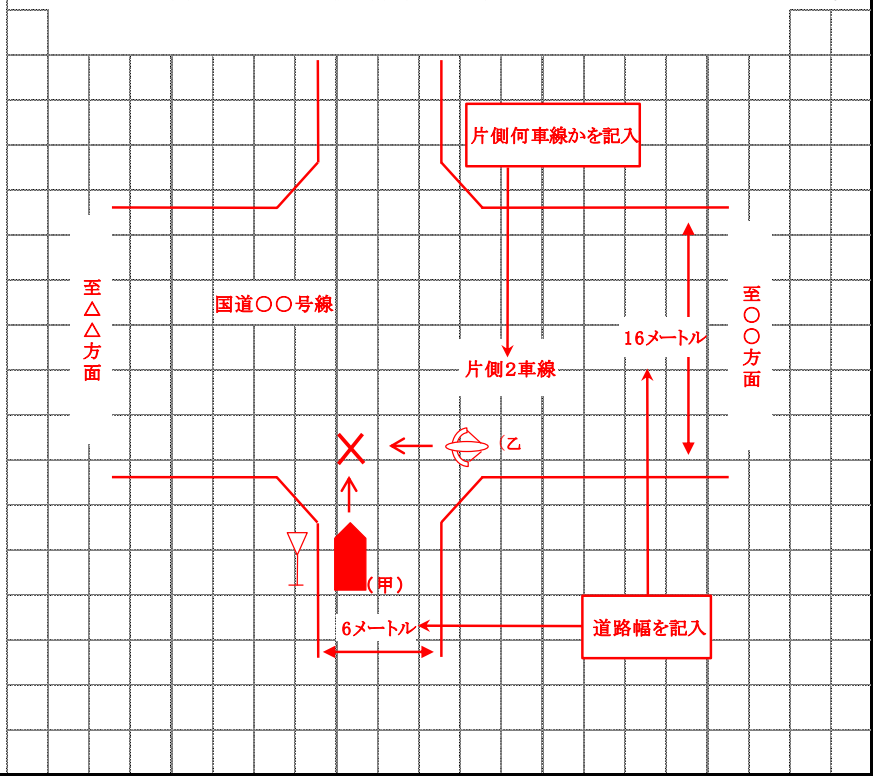
K12－202504
健保受付年月日

本社の担当者と責任者が押印

所属の担当者と責任者が押印

【交通事故１枚目右側】

※自動車事故で『事故発生状況報告書』をこの届に添えて提出するときは、このページの記入は必要ありません。

事故発生の状況	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。 【いつ・どこへ・なにで（交通手段）・なんのため（目的）・どうしたとき（原因）・どうなった】 令和〇年〇月〇日午前〇時〇分ごろ、当方（乙）は、国道〇〇号線を△△方面に向かって自転車で時速約〇キロにて進行中、〇〇町〇〇番地の交差点で左方道路から進行してきた自動車（甲）と接触しました。 この交差点は左方道路側に一時停止標識があり、当方の進行側は、優先道路になっていました。 加害者側が一時停止を怠り、交差点に進入したため、当方は危険を感知して、急ブレーキをかけて停止しようとしたが、間に合わずに接触し、別記の負傷をしました。
事故現場の見取図	事故が発生した場所の見取り図を記載し、被害者と加害者の行動を赤点線で表示してください。 

【交通事故２枚目左側】

治療状況	この事故で治療を受けましたか？		受けた・受けない
	治療を受けたとき	医療機関	名　称	○○病院
			住　所	○○県○○市○○町○○　TEL 00(0000)0000
		転医年月日		令和　年　月　日
		転医した医療機関	名　称	
			住　所	TEL
		医療費の支払い方法		健康保険・加害者負担・自費・その他(　)
		治療開始日		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 入院・通院
		健康保険による治療開始日		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 入院・通院
		転帰		現在入院中・通院加療中・治癒・中止 (令和　年　月　日現在)
		治療期間		入院・通院　自 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ～　至　令和　年　月　日
		後遺症		ある・ある見込み・ない・ない見込み
		治療見込み		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日から ○ ヶ月間ぐらい・　日間ぐらい
加害者の自動車保険加入状況	強制保険加入の有無と契約期間			有・無（令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ～ 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日）
	自賠責保険証明書番号			○－000－00000　契約者氏名　○○ ○○
	契約保険会社			名　称 ○○火災海上保険(株)
				所在地 〒000-0000 ○○県○○市○○町0－00－0　TEL 00(0000)0000
	任意保険加入の有無			有・無
	任意保険証明書番号			0000－00000
	契約保険会社			名　称 ○○火災海上保険(株)
				取扱事業所 ○○サービスセンター
				所在地 〒000-0000 ○○県○○市○○町0－00－0　TEL 00(0000)0000 担当者 ○○ ○○
示談状況	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日現在 示談が成立　交渉中　示談が成立していない　請求権を放棄した(令和　年　月　日)			
	示談が成立していない理由			
	請求権を放棄した理由			
事業主の証明	記載内容は事実と相違ないことを証明します。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 事業主の住所　○○県○○市○○町0－00－000 ○○○株式会社 氏名・印　○○ ○○			

【交通事故２枚目右側】

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、貴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、貴健康保険組合が損害賠償額の支払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、私が損害保険会社に自動車損害賠償責任保険の請求をし、保険金等を受領したときは、貴健康保険組合が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、損害保険会社からその照会内容について情報提供を受け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）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）に白紙委任状を渡さないこと。

3　加害者（保険会社）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。

令和　○　年　○　月　○　日

西武健康保険組合理事長殿

被保険者の　住　所　○○県○○市○○町0－00－0

氏　名　○○　○○　　印㊞