

6-2

暴行を受けたとき・他人の飼い犬にかまれたとき・工事現場等でけがを受けたとき

この場合も『第三者行為による傷病届』

- 交通事故でけがをして医者にかかったときと同じ扱いになりますので、「第三者行為による傷病届」(6-2-2~4 参照)を提出してください。
- ただし、損害賠償の請求先は、
 - ①暴行を受けたときは加害者
 - ②他人の飼い犬に噛まれたときは飼い主
 - ③工事現場等でけがを受けたときは、工事施工者等になります。

6. 第三者行為および自損の行為によるけが関係

第三者行為による傷病届【交通事故(1枚目)】

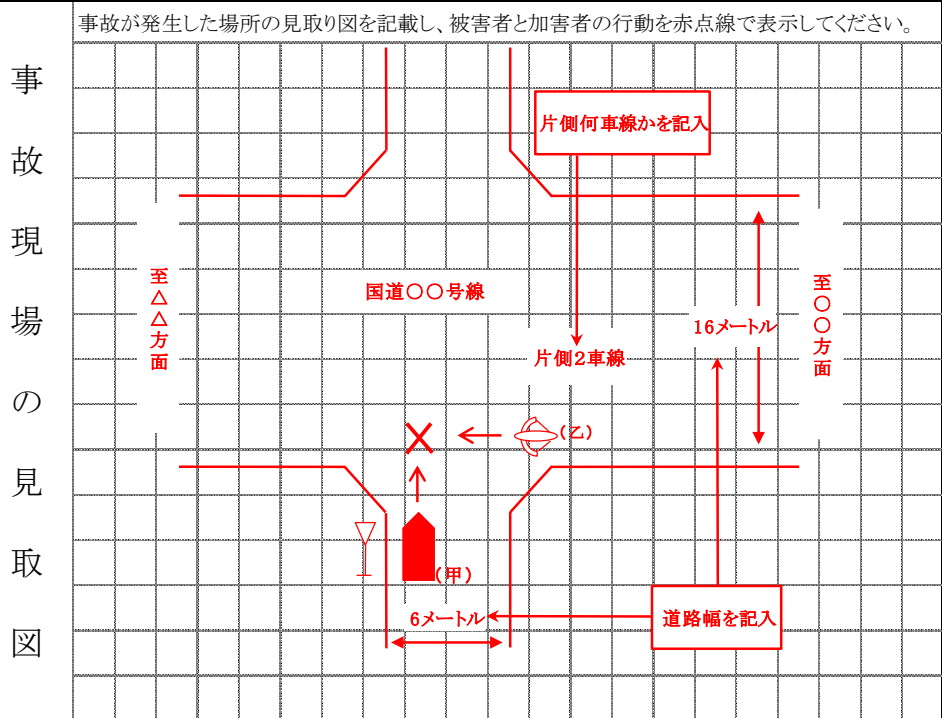
本人		健康保険第三者行為による傷病届		提出日付					
<p>西武健康保険組合理事長殿</p> <p>本件は、業務上又は通勤による交通事故ではありません。 下記のとおりお届けいたします。</p> <p>被保険者氏名 ○○ ○○</p>		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		健 保 組 合					
				常務理事					
<p>被保険者(被扶養者)</p> <p>西武健康保険組合の</p>	<p>事故の当事者</p> <p>(被保険者または被扶養者)</p>	被保険者証の	記 号	000	番 号	000000	事務長		
		氏 名	○○ ○○		年 齢	○ 歳			
		事故当事者が被扶養者のとき	氏 名	○○ ○○					
			続 柄	○○	年 齢	○○ 歳			
		住所(自宅)	○○県○○市○○町0-00-00			TEL	000(000)0000		取扱者
		住所(会社)	○○府○○市○○町00-00			TEL	00(0000)0000		
		会社名	株式会社○○○○○		所 属	○○部○○○課			
<p>相手側を記入</p>	<p>相手方</p>	氏 名	○○ ○○		生年月日	大正 昭和 平成	○年 ○月 ○日		
		住所(自宅)	○○県○○市○○町0-00			TEL	000(000)0000		
		勤務先の名称	○○株式会社		所 属	○○部○○課			
		住所	○○県○○市○○町000			TEL	000(000)0000		
		住所・氏名が不明の場合の理由							
<p>事故内容</p>	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○○番地の国道○○号線○○交差点							
	種 別	交通事故(自動車・バイク・自転車)・殴打・刺傷・その他					事業所	所 属	
	事故結果	即死・入院中・直後の死亡(令和 年 月 日死亡)・治療中・療養中					印	印	
	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					印	印		
<p>(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。</p> <p>本書の提出が必要ときは連絡します。</p> <p>(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</p> <p>(注3) 業務上または、通勤途上の交通事故は、受理できません。</p>						<p>健保受付年月日</p> <p>本社の担当者と責任者が押印してください</p> <p>所属の担当者と責任者が押印してください</p>			

6. 第三者行為および自損の行為によるけが関係

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。



6. 第三者行為および自損の行為によるけが関係

第三者行為による傷病届【交通事故(2枚目)】

治療状況	この事故で治療を受けましたか？		<input checked="" type="radio"/> 受けた ・ <input type="radio"/> 受けない		
	医療機関	名称	〇〇病院		
		住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 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	<input checked="" type="radio"/> 健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他(
	治療開始日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	<input checked="" type="radio"/> 入院 ・ 通院		
	健康保険による治療開始日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	<input checked="" type="radio"/> 入院 ・ 通院		
	転帰	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 入院 ・ 通院	自 令和 〇 年 〇 月 〇 日	～ 至 和 年 月 日	
	後遺症	ある ・ ある見込み ・ ない ・ <input checked="" type="radio"/> ない見込み			
治療見込み	令和 〇 年 〇 月 〇 日から 〇 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	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 (平成 〇 年 〇 月 〇 日 ～ 令和 〇 年 〇 月 〇 日)			
	自賠責保険証明書番号	〇-000-00000	契約者氏名 〇〇 〇〇		
	契約保険会社	名称	〇〇火災海上保険(株)		
		所在地	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町0-00-0 TEL 00(0000)0000		
	任意保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 無			
	任意保険証明書番号	0000-00000			
契約保険会社	名称	〇〇火災海上保険(株)			
	取扱事業所	〇〇サービスセンター			
	所在地	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町0-00-0 TEL 00(0000)0000 担当者 〇〇〇〇			
示談状況	令和 〇 年 〇 月 〇 日現在				
	示談が成立 交渉中	<input checked="" type="radio"/> 示談が成立していない		請求権を放棄した(令和 年 月	
	示談が成立していない理由	現在、〇〇のため			
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 〇 年 〇 月 〇 日 事業主の 〇〇県〇〇市〇〇町0-00-000 住所 〇〇〇株式会社 氏名・印 〇〇 〇〇			

同意書

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 ○○ ○○



6. 第三者行為および自損の行為によるけが関係

第三者による傷病届【交通事故以外(1枚目)】

本人 家族		健康保険第三者行為による傷病届				提出日付	
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。					令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	健保組合 常務理事	
被保険者氏名 ○ ○ ○ ○					事務長		
被保険者(被扶養者) 西武健康保険組合の 事故の当事者 (被保険者または被扶養者)	被保険者証の	記号	000	番号	000000		
	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			TEL	000(000)0000	取扱者
	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 相手側を記入	氏名	○ ○ ○ ○		生年月日	大正 昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 平成		
	住所(自宅)	○ ○ 県 ○ ○ 市 ○ ○ 町 0-00			TEL	000(000)0000	
	勤務先の	名称	○ ○ 株式会社		所属	○ ○ 部 ○ ○ ○ 課	
		住所	○ ○ 県 ○ ○ 市 ○ ○ 町 000			TEL	000(000)0000
	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(犬による咬傷)				事業所	所属
	事故結果	即死・入院中・直後の死亡(令和 年 月 日死亡)・治療中・療養中				印	印
	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				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。 本書の提出が必要ときは連絡します。					K12-202108 健保受付年月日		
(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					本社の担当者と責任者が押印		
(注3) 業務上または、通勤途上の交通事故は、受理できません。					所属の担当者と責任者が押印		

6. 第三者行為および自損の行為によるけが関係

※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後〇時〇分ごろ、当方(乙)は、市道〇〇号線を△△方面に向かって散歩中、〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地先路上にて対向して歩行してきた〇〇 〇〇(甲)の飼い犬に突然咬みつかれ別記の負傷をしました。

事故現場の見取り図	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。

6. 第三者行為および自損の行為によるけが関係

第三者行為による傷病届【交通事故以外(2枚目)】

治療状況	この事故で治療を受けましたか？		○ <u>受けた</u> ・ 受けない		
	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		○ <u>健康保険</u> ・ 加害者負担・ 自費・ その他(
	治療開始日		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 入院 ○ <u>通院</u>		
	健康保険による治療開始日		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 入院 ○ <u>通院</u>		
	転帰		現在入院中・ ○ <u>通院加療中</u> ・ 治癒・ 中止 (令和 年 月 日現在)		
	治療期間		入院 ○ <u>通院</u> 自 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ～ 至 令和 年 月 日		
	後遺症		ある・ ある見込み・ ない・ ○ <u>ない見込み</u>		
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		契約者氏名		
	契約保険会社	名称			
		所在地		TEL	
	任意保険加入の有無		有・無		
	任意保険証明書番号				
	契約保険会社	名称			
取扱事業所					
所在地		TEL			
示談状況	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日現在				
	示談が成立 交渉中		○ <u>示談が成立していない</u> 請求権を放棄した(令和 年 月		
	示談が成立していない理由		○ <u>現在、○○のため</u>		
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 ○○県○○市○○町0-00-000 住所 ○○○株式会社 氏名・印 ○○ ○○			

同意書

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への請求をし、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

住所 ○○県○○市○○町0-00-0
被保険者の
氏名 ○○ ○○

