

平成 年 月 日

事業所名 _____

氏 名 _____ 様

長野県農業協同組合健康保険組合

第三者行為による傷病届の提出について

あなた（あなたの被扶養者 _____ さん）は、平成 年 月 日から第三者の行為により負傷し被保険者証を医療機関へ提示して受診する保険診療を受けています。

この保険診療に係わる費用については、本来加害者（相手方）が負担しなければならないものですが、保険診療を受けた場合は健康保険組合が加害者に代わってこの費用を立て替えていることとなります。

つきましては健康保険組合があなたに代わって加害者へ損害賠償の請求を行うこととなりますので至急以下の書類を提出してください。

なお提出の際は以下についてお読みください。

1. 提出書類

- ① 第三者行為による傷病届 (1)(2)
- ② 事故発生状況報告書
- ③ 念書兼同意書
- ④ 交通事故証明書原本
- ⑤ 示談書の写し（示談が成立している場合）

2. 第三者行為による傷病届に関する注意事項

- ① 仕事時間中や通勤・退勤途上での交通事故（労災）に該当する場合は健康保険での給付は受けられませんので必ずその旨を医療機関に申し出てください。
- ② 飲酒運転、けんか、犯罪行為等による負傷の場合は、その状況により健康保険による給付が制限されることがあります。
- ③ 各種給付金については保留とさせていただく場合があります。
- ④ 交通事故の扱いが物損扱い及び自損による事故の場合でも事故が原因で被保険証を使用したときは届け出が必要です。

3. 記入上の注意

- ① あなたの過失が大きい場合であっても、第三者行為による傷病届には被害者として記入してください。
- ② 念書兼同意書は健康保険組合が損害賠償の求償を確実にするために必要な書類ですので必要事項を記入し押印のうえ提出をお願いします。
- ③ 交通事故以外の第三者行為については記入できる範囲で記入願います。

4. 届け出提出後の注意事項について

- ① ケガや病気が治癒したときや、医療機関を変更した場合は当組合まで連絡してください。
- ② 加害者と示談をするときは事前に連絡してください。(以下参照)

* 示談について

示談とは当事者間で話し合いによって解決することをいいますが、法的には「和解」と同じ意味を持ち拘束力があります。

健康保険で治療中に示談が成立し、被害者が健康保険による医療費も含め全額損害賠償金を受け取った場合については、損害賠償の免除をしたこととなり、その日以後健康保険での治療は受けることができなくなります。

また、「健康保険で治療を受けるから医療費は払わなくてもよい」という内容の示談をした場合は、損害賠償請求権を放棄したことになりますので健康保険で治療は受けすることはできず全額自己負担しなければなりません。

示談をする場合は健康保険組合に連絡をしてください。

長野県農業協同組合健康保険組合

〒380-0826 長野市大字南長野北石堂町1177番地3
電話 026-236-2392 FAX 026-236-2395

損害賠償と健康保険の関係

長野県農業協同組合健康保険組合

○損害賠償請求権について

交通事故など第三者の不法行為によって損害が発生した場合、被害者は加害者（相手方）に対して損害賠償を請求する権利を有します。

○健康保険組合による立て替え

交通事故などの不法行為にともなう一切の損害は当事者間で解決されるべきですが、被害者が事故による傷病の治療について被保険証を医療機関に提示して受診するいわゆる保険診療を受けた場合、健康保険組合は本来であれば加害者が賠償しなければならない損害を加害者に代わって立て替えていることになるため、実際には負担する必要のなかった保険給付を行っていることになり、その分だけ損害を受けていることになります。

○損害賠償請求権の代位取得

上記のように被害者は傷病の治療について保険診療を受けることによって実際に損害が補填されたことになり、その限度においては加害者から損害賠償を受ける権利はなくなります。

このことから被害者は保険診療により治療を受けた分については損害賠償請求権を有しないこととなり、代わって保険給付を行った健康保険組合が加害者に対しこの請求権を有することになります。

このように健康保険組合は被害者が医療機関において保険診療を受けた都度、その価額を限度として損害賠償請求権を取得する（代位取得）ことになります。（健康保険法第57条）

なお代位取得は健康保険組合が行った保険給付の価額を限度としていることから、被害者が医療機関において支払った一部負担金及び慰謝料等については被害者が加害者に請求することになります。

○代位取得と示談について

代位取得は保険給付を行った都度その価額を限度として健康保険組合へ移ることになり、被害者がこの権利を放棄や免除などすることはできません。

また後日示談を行うに際しても健康保険組合へ移った分は示談の内容とすることはできません。

一方当事者双方において示談による損害賠償金の支払いが済んだ後でも、支払が済む以前に健康保険組合が行った保険給付については代位取得が成立し、健康保険組合は加害者に対し損害賠償請求権を行使することができます。

本 所	常務理事	事務長	部長	課長	係	事務所	所長	係



長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿

健康保険 第三者行為による傷病届(1)

平成 年 月 日提出

被 害 者 関 係	被 保 険 者	記号			番号			氏名			㊟		
		性別	男・女		年齢			才	電話番号	()	-		
		住所	(〒 -)										
	被 保 険 者 勤 務 先	住所	(〒 -)										
		名称								電話番号	()	-	
	被 扶 養 者 が 受 け た 事 故 の 時	現住所	(〒 -)										
		氏名							生年月日	昭・平 年 月 日生			
		性別	男・女	続柄			年齢	才	電話番号	()	-		
	加 害 者 関 係 (相手方)	加 害 者	住所	(〒 -)									
			氏名							生年月日	昭・平 年 月 日生		
性別			男・女	年齢			才	電話番号	()	-			
加 害 者 勤 務 先		住所	(〒 -)										
		名称								電話番号	()	-	
加 害 者 が 18 才 未 満 の 場 合	保護者氏名							生年月日	昭・平 年 月 日生				
	性別	男・女	続柄			年齢	才	電話番号	()	-			
事 故 の 状 況	事故発生日時	平成 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃											
	事故発生場所												
	警察官の立合	あった ・ ない ・ ないが届け出済み ・ わからない											
	所 轄 警 察 署	警察署							派出所				

*該当する箇所は○でかこみ、必要事項は記入してください。また過失の度合いに関係なく被害者として記入してください

事故の状況	過失の度合	自分がどの位		相手がどの位		
		0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10		0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10		
被害者の状況	事故の状態	自動車事故（運転・同乗）・バイク事故・自転車・歩行・殴打・その他				
	業務中ですか	はい・いいえ（私用）	通勤又は帰宅途上ですか	はい・いいえ		
加害者の状況	加害者の事故状態	自動車・バイク・自転車・その他				
	加害者は事故発生時会社の仕事でですか	会社の仕事で ある・ない・わからない		加害車両所有者との関係	本人・従業員親族・その他	
受診状況	治療を開始した日	平成 年 月 日		被保険者証使用の有無	有 無	
	治療を受けた医療機関	住所	(〒 -)			
		名称		電話番号	() -	
	医療機関での自己負担支払方法	被保険者側で負担・加害者側（相手方）で負担 その他（)				
	傷病名	1	2	3		
	治療経過 平成 年 月 日現在	現在入院中 通院加療中 治ゆ 中止				
	治ゆ見込み	平成 年 月 頃まで治療予定				
後遺症	ある・ある見込み・ない・ない見込み					
況	転医をした場合	所在地	(〒 -)			
		名称		電話番号	() -	
示談状況	示談の状況	交渉中で順調に進んでいる・加害者に誠意がなく進まない・成立していない 示談した（平成 年 月 日）				
	示談が進んでいる場合その内容について記入してください					
損害賠償請求状況	加害者に対する損害賠償の請求	していない・した		治療費	円	
				休業補償	円	
				その他	円	
	自賠責等への請求状況	請求した「請求者名」 請求していない				

第三者行為による傷病届(2)

加害車両の自動車損害賠償責任保険証明書内訳

保険会社名			
証明書番号			
登録番号		種 別	
車台番号		使用の本拠地	都道府県
契約期間	自 平成 年 月 日		カ月間
	至 平成 年 月 月		
保 險	(住 所)		
契 約 者 名	(氏 名)		

加害車両の任意保険内訳

保険会社名			
証明書番号			
契約期間	自 平成 年 月 日		カ月間
	至 平成 年 月 月		
保 險	(住 所)		
契 約 者 名	(氏 名)		

上記内訳書は原本の写しでも結構です。
加害車両の任意保険についても必ず記入して下さい。

事故発生状況報告書

当事者	甲(加害運転者) (相手方)	(氏名)																			
	乙(被害者)	(氏名)																			
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(両・片) { ある ない	直線・カーブ	平坦・坂																	
	見通し { 良い 悪い	積雪・凍結																			
信号又は標識	信号 { ある ない	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)															
事故現場における事故の相手と被害者との状況を図示してください。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)																				
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center;">自動車</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">相手車</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">進行方向</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">信号</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">一時停止</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">人間</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">自転車 オートバイ</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">横断歩道</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>						自動車		相手車		進行方向		信号		一時停止		人間		自転車 オートバイ		横断歩道
自動車																					
相手車																					
進行方向																					
信号																					
一時停止																					
人間																					
自転車 オートバイ																					
横断歩道																					
上記図を説明してください。																					

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおり報告します。

平成 年 月 日

報告者

被害者との関係

④

()

念書兼同意書

(事故発生場所)

(加害者氏名)

平成 年 月 日

において

(被害者氏名)

の不法行為により 〇〇〇の被った傷病について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条の規定によって健康保険組合が給付の価額の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

I 以下の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談を行う場合は必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者側から金品を受けたときは受領年月日、内容金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
4. 自賠責保険へ被害者請求するときは、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。

II 以下の事項に同意します。

1. 上記の不法行為により、私の被った保険事故について長野県農業協同組合健康保険組合より保険給付を受けましたが、この給付の価額の限度において、私の加害者に対する損害賠償請求権より優先して、長野県農業協同組合健康保険組合が損害賠償請求権を取得行使し、かつ賠償金を受領すること。
2. 長野県農業協同組合健康保険組合が損害賠償金について、加害者（相手方）の加入する損害保険会社等に請求を行う際、請求書類に保険給付に係わる診療報酬明細書（写し）及び関係書類を添付すること。
3. 加害者の加入する損害保険会社等の有する損害賠償に関する情報について長野県農業協同組合健康保険組合が提供を受けること。
4. この念書（同意書）を保険会社を含む加害者側へ提示すること。

平成 年 月 日

被害者・保護者 住所
または代理人
氏名

㊞

長野県農業協同組合健康保険組合理事長殿