交通事故の場合

「第三者行為による傷病届」提出について

交通事故やけんかなど、第三者の行為による負傷で、健康保険で治療を受けたときは「第三者行為による傷病届」のご提出をお願いします。
自動車事故等の第三者行為によりケガをしたときの治療費は、本来、加害者が負担するのが原則です。
しかし、業務上や通勤災害によるものでなければ、健康保険を使って治療を受けることができますが、この場合、加害者が支払うべき治療費を健康保険が立て替えて支払うこととなります。
そこでオリックスグループ健康保険組合が後日、加害者に対して健康保険給付した費用を請求する際に「第三者による傷病届」が必要となりますので、すみやかに提出をお願いします。

【提出書類】

□ 第三者行為による傷病届（様式７）
　基本的には被保険者等が記入することになりますが、相手側（損害保険会社等）に依頼できる場合は、相手方の記入も可能です。事故証明書を参考に記入してください。

□ 事故発生状況報告書（様式８）
　交通事故の場合、事故の状況や過失割合を判断するうえで、重要な書類となりますので、できるだけ詳しく記入してください。

□ 念書兼同意書（様式９）
　損害保険会社や関係機関との個人情報のやり取りに必ず必要になる書類です。

【添付書類】

□ 交通事故証明書（写）

□ 人身事故入手不能理由書（様式１３）→「交通事故証明書」の事故種別欄が物件事故の場合にご提出ください。

【提出先】

〒105-5135
東京都港区浜松町 2-4-1　世界貿易センタービル南館
オリックスグループ健康保険組合　給付担当宛

様式7

健康保険　第三者行為による傷病届

被害者	被保険者	記号 番号	フリガナ 氏名	 昭・平・令　年　月　日生（　才）
	現住所	〒　－ TEL　（　）		
	被保険者が勤務している事業所（連絡先）	名称		
		所在地	〒　－ TEL　（　）	
	被扶養者が被害者であるとき	フリガナ 氏名	 昭・平・令　年　月　日生（　才）	続柄

事故相手	加害者	フリガナ 氏名	 昭・平・令　年　月　日生（　才）	
		現住所	〒　－ TEL　（　）	
	加害者の勤務先	名称		事業の内容又は職業
		所在地	TEL　（　）	
	加害者の住所氏名が不明の場合その理由			

事故の内容	傷病名			損害の程度	全治　ヶ月
	事故発生日・場所	事故日時	令和　年　月　日（　）	午前 午後	：　頃
		場所			
	事故発生時の状況	被保険者又は被扶養者	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外（　）		
		加害者（事故相手）	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外（　）		
	所轄警察署	警察に届出済・届出なし・不明　**＊注1**		届出署	警察署
	過失の度合（わかる範囲で）	自分（被害者）の過失	0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100（%）		
		相手（加害者）の過失	0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100（%）		

示談状況	示談は成立していますか	成立している	令和　年　月　日	成立
		成立していない・交渉中	令和　年　月　日	現在
	成立していない場合はその理由			
	請求権を放棄した場合	令和　年　月　日	理由	

＊注1　物損事故で処理した場合,別途「人身事故証明入手不能理由書」をご提出ください。

様式7

加害者の賠償保険加入状況	自動車保険	自賠責保険	保険会社名			
			所在地	〒　－ TEL　（　）		
			契約期間	年　月　日～　年　月　日	フリガナ 契約者	
			証明書番号			
		任意保険	保険会社名		担当者	
			所在地	〒　－ TEL　（　）	フリガナ 契約者	
			契約期間	年　月　日～　年　月　日	任意一括 ＊注2	有・無
			証明書番号			
	個人賠償責任保険等		保険会社名		担当者	
			所在地	〒　－ TEL　（　）		
			契約期間	年　月　日～　年　月　日	フリガナ 契約者	
			証明書番号			
被害者の人身傷害保険			加入の有無	あり・なし　保険会社名　担当者 TEL　（　）		

治療状況	医療機関	名称
		所在地　TEL　（　）
	治療期間	令和　年　月　日から（入院　自　月　日　至　月　日）　通院
	転院した場合	令和　年　月　日から（入院　自　月　日　至　月　日）　通院
	後遺症	あ　る・ある見込み・な　い・ない見込み・不　明
	治療費の支払方法	健康保険・被害者負担・加害者負担（自賠責支払）・その他（　）

損害賠償	相手方に対する損害賠償の請求状況		すでに請求済・現在のところ未請求		
	相手方からの損害賠償金等の受領状況		受領済・受領していない		
	＊加害者や保険会社から賠償金を受領した場合のみ下欄にご記入ください。				
	賠償金の内訳	治療費	円	慰謝料	円
		休業補償費	月　日から　月　日まで　日間 日間　×日額　＝　円		
		葬祭費	円	その他	円
		見舞金	円	（合計額） 円	
	受領方法	一括	令和　年　月　日　受領		
		分割（　）回払い	1回目　円　令和　年　月　日受領 2回目　円　令和　年　月　日受領 3回目　円　令和　年　月　日受領		

＊注2　任意一括とは、自賠責保険を含めて任意保険会社が一括して対応している場合です。

受付印

様式8

事 故 発 生 状 況 報 告 書

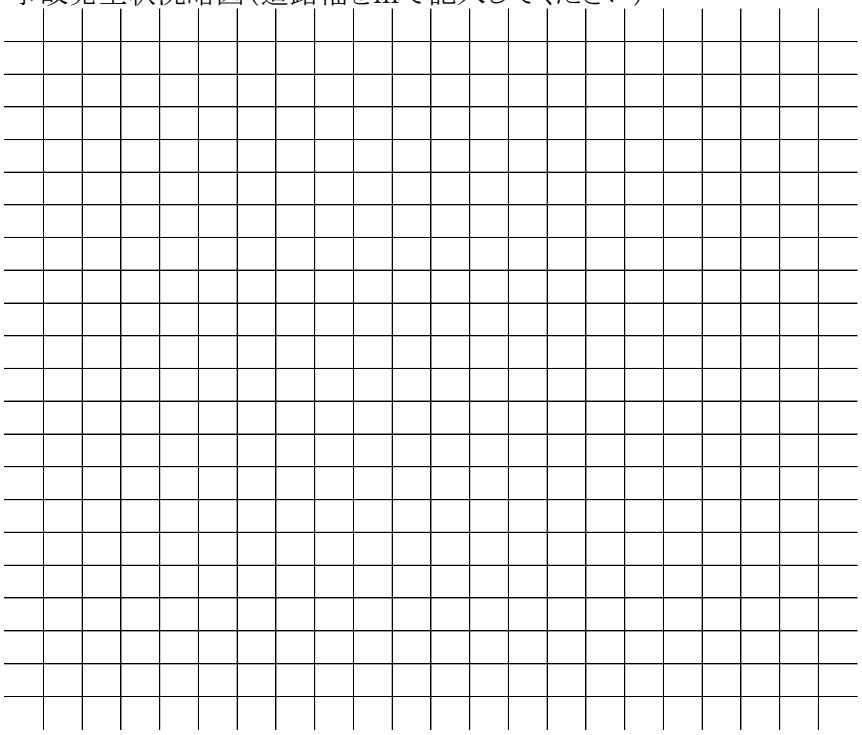
当事者	甲 (事故相手)	氏名	乙 (被保険者又は被扶養者)	氏名	運転・同乗 歩行・その他

天 候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明 暗	明け方・昼間・夕方・夜間

道路状況	舗装 してある / してない ・ 歩道 (両・片) ある / ない ・ 直 線 ・ カーブ 平 坦 ・ 坂 ・ 見通し 良い / 悪い ・ 積雪路 ・ 凍結路 ・ 濃 霧
信号又は標識	信号 ある / ない 自車側信号(青・赤・) 相手側信号(青・赤・) 駐停車禁止 されている / されていない その他の標識
速 度	自車両 km/h(制限速度 km/h) ・ 相手車両 km/h(制限速度 km/h)

事故現場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)



表示符号

自 車

相 手 車

進行方向

信 号

一時停止

人 間

自転車 / バイク

接触地点

上記図の説明を書いてください

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告いたします

令和 年 月 日

報告者 甲との関係( )
乙との関係( )
氏 名 ㊞

様式9　　（被保険者・被扶養者用）

念　書　　兼　同　意　書

事故発生日	令和　　年　　月　　日
事故発生場所	
被害者名	
加害者名	

1. 上記の事故に関して、健康保険法による保険給付を請求するにあたり以下の事項を遵守することを誓約します。

（1）加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴組合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。

2. 上記の事故に関して、私が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ついて異議はありません。

3. 上記の事故に関して私の個人情報及びこの念書兼同意書の取扱いにつき、以下の事項に同意します。

（1）健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む）、診断書等）について保険会社等から提供を受けること。

（2）健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項（診療報酬明細書の写し等）について、保険会社等に対して提供すること。

（3）この念書兼同意書をもって上記の事故による求償業務に関する事項を健康保険組合へ情報提供する保険会社等への同意を含むこと。

（4）この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

令和　　年　　月　　日

被保険者　　住　所

氏　名　　㊞

電話番号

被扶養者　　住　所

氏　名　　㊞

電話番号

オリックスグループ健康保険組合　　理事長　殿

人身事故証明書入手不能理由書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿保険会社　御中

■　人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えください。

（人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。）

理　由 ※　該当する項目に○印をしてください。 ※　複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。	◌ 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため ◌ 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した（もしくは終了予定の）ため ◌ 公道以外の場所（駐車場、私有地など）で発生した事故のため ◌ 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。） 【理由】 ◌ その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】

◆　警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。

届出警察	警察　　担当官 （判明している場合）	届出年月日	年　　月　　日

裏面へ　☞　（　交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。）

■　人身事故の事実を確認するため、関係者の署名もしくは記名押印をお願いします。

◆　上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実に相違ありません。

◌ 当事者 ◌ 目撃者 ◌ その他（　　） ※　該当する項目に○印をしてください	住　所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿　記入日　　年　月　日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 電　話　　（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（注）当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求（法第 16 条請求）する場合には、保険契約者側（契約者、運転者など）の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償をした側が請求（法第 15 条請求）する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

（保険会社使用欄）　該当する□のすべてに✓する。

責任者	担当者

□ 人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。

□ 請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実に相違ないことを確認しました。

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年　月　日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他（　　）	□電話 □文書 □面談
年　月　日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他（　　）	□電話 □文書 □面談
年　月　日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他（　　）	□電話 □文書 □面談

◆　その他・特記事項

【 事案情報　被害者名：＿＿＿＿＿＿＿＿　事故日：　　年　　月　　日 】

○交通事故概要記入欄

（物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。）

<table>
<tr><td colspan="3">発生年月日時</td><td colspan="4">年　月　日　午前・午後　時　分頃　天候</td></tr>
<tr><td colspan="3">発生場所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="16">当事者</td><td rowspan="4">甲</td><td>住所</td><td colspan="4">電話　（　）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日（　）才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td colspan="2">第　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td colspan="2">運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他</td></tr>
<tr><td rowspan="4">乙</td><td>住所</td><td colspan="4">電話　（　）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日（　）才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td colspan="2">第　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td colspan="2">運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他</td></tr>
<tr><td rowspan="4">丙</td><td>住所</td><td colspan="4">電話　（　）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日（　）才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td colspan="2">第　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td colspan="2">運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他</td></tr>
<tr><td rowspan="4">丁</td><td>住所</td><td colspan="4">電話　（　）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日（　）才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td colspan="2">第　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td colspan="2">運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他</td></tr>
<tr><td rowspan="4">戊</td><td>住所</td><td colspan="4">電話　（　）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日（　）才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td colspan="2">第　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td colspan="2">運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他</td></tr>
</table>

※　上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。