

交通事故以外の場合

「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。

【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

健康保険

第三者行為による傷病届

被害者	被 保 険 者	記号	フリガナ			
		番号	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				続 柄	
	氏 名	昭・平・令 年 月 日生 (才)				

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。

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	
			証明書番号			契約者	
		任意保険	保険会社名			担当者	
			所在地	〒 - TEL ()		フリガナ	
			契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日		任意一括	有 ・ 無
			証明書番号			*注2	
	個人賠償責任保険等	保険会社名			担当者		
		所在地	〒 - TEL ()		フリガナ		
		契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日		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 日までの 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

当事者		甲 (事故相手)		氏名								
				(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 ・ 歩道（両・片） ある ・ 直線 ・ カーブ 舗装していない ない										
		平坦 ・ 坂 ・ 見通し 良い ・ 積雪路 ・ 凍結路 ・ 濃霧 悪い										
信号又は標識		ある 自転車側信号（青・赤・ ） されている 信号 駐停車禁止 その他の標識 ない 相手側信号（青・赤・ ） されていない										
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 自動車 相手車 進行方向 信号 一時停止 人間 自転バイク } 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

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				

- 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。
 - 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。
 - 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 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。
- 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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 ⑩

電話番号

被扶養者 住 所

氏 名 ⑩

電話番号