

届出を作成する前に必ずお読みください

〈第三者行為による傷病届を提出するにあたっての注意事項〉

【交通事故の場合に健保給付を受けるには】

交通事故や第三者の加害者による傷病の治療で健康保険を使って給付を受けるときは、一般の疾病の場合とは異なり、次のような条件があるので注意してください。

(1) 第三者行為届出の提出（被保険者の届出義務 施行規則65条）

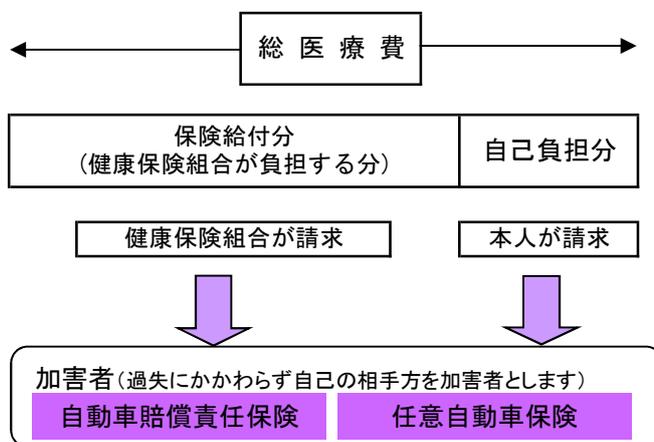
第三者の行為による傷病（交通事故など、加害者が存在する傷病）は、健康保険被保険者証（マイナ保険証を含む健康保険証）を使って医師の診療・治療を受けることはできますが、保険者（三菱鉛筆健康保険組合）に対して、「第三者の行為による傷病届」により速やかに健康保険証の使用を報告する義務があります。

保険者（三菱鉛筆健康保険組合）は、この届出の記載事項を調査し、過失相当分の損害賠償請求権を事故の相手方に対して具体的に行使するか否かを決定し、「保険給付をした価格の及び被扶養者が事故の相手方に対し持っている損害賠償請求権を代位に取得し、事故の相手方または自動車保険会社等に求償する」こととなります。

◆交通事故で健康保険証を使用した場合
保険医療機関の窓口へ保険証を提出すれば、以下の負担割合となります。

対象年齢	自己負担割合
3歳以上69歳未満	3割
3歳未満の乳幼児	2割
70歳以上	1割 <small>(但し一定以上の所得者は2割)</small>

上表の通り、健康保険組合の保険給付金額は7割～9割となります。当健康保険組合は、第三者行為届を調査した結果、大小に係らず事故の相手方（加害者）に過失が発生すると判断した場合、損害賠償請求権の代位取得により、事故の相手方又は自動車保険会社に求償します。



(2) 示談について

- 被保険者（被扶養者）が不用意に示談をして損害賠償請求権の全部または一部を免除すると、示談の内容によって健康保険組合が加害者に対して請求すべき費用が請求できなくなったり、示談後の被害者が健康保険の給付を受けられなくなることがある等、思わぬ損失を被る可能性があります。
- 後遺症が残っていても加害者が責任を負わない場合もあるので、すぐに示談をせず、慎重に示談内容を検討して、示談内容があなたに不利益にならないよう十分に留意して下さい。
- 既に賠償金を受け取っていて保険給付を受ける権利がなくなった以降に治療されていた場合、後で治療費等を返還して頂く場合がありますので、示談される前に健康保険組合に相談してください。

(3) 書類記入上の注意事項、その他

- 法律に基づいた大切な届出です。最後に記入・捺印洩れがないように、必ず確認の上ご提出下さい。
- 添付書類の交通事故証明書は「人身事故」扱いの証明書の原本が必要になります。
事故証明書は、自動車事故が発生した都道府県の「自動車安全運転センター事務所」へ所定の郵便振替用紙を使って、事故証明書の交付を申請します。
- すぐに提出できないときは、口頭や電話で一刻も早く健康保険組合に報告し、後日できるだけ早く正式な書類を提出してください。

ケガが治りましたら、恐れ入りますが組合までご連絡下さるよう、よろしくお願いたします
三菱鉛筆健康保険組合 TEL 03-3458-6398 FAX 03-3458-6954 E-MAIL uni-kenpo@mpuni.co.jp

※上記文書は交通事故を想定していますが、交通事故以外の第三者の行為による傷病も同じです。

第三者の行為による傷病届

項 目		内 容	
届出者 <small>(被保険者情報)</small>	被保険者 記号番号 保険者名		被保険者 記号・番号 保険者名 三菱鉛筆健康保険組合
	届者情報 被保険者情報	氏名 生年月日	ふりがな 氏 名 生年月日
		住所 電話	〒 TEL
被害者 <small>(受診者)</small>	氏名 生年月日	ふりがな 氏 名 生年月日	
	住所 電話	〒 TEL	
加害者 <small>(第三者)</small>	氏名/生年月日	ふりがな 氏 名	
	住所/電話	〒 TEL	
事故発生状況	事故発生日時		
	事故発生場所		
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)	<input type="checkbox"/>
自賠責保険 <small>(加害者)</small>	保険会社名/保険契約者名	保険会社名 ふりがな 氏名	
	登録番号/車体番号	登録番号 車体番号	
	保険期間/自賠責証明番号	保険期間 自賠責証明番号	
任意保険 <small>(加害者)</small>	保険会社名/保険契約者名	保険会社名 担当部署	
	所在地/電話番号	〒 TEL	
	担当者/e-mail	ふりがな 氏名 e-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏名	
	住所	〒	
	保険期間/契約番号	保険期間 契約番号	
	任意対人一括の有無	有 / 無	
被害者加入の 保険会社の関与	関与の有無をチェックし 「有」の場合は右欄に記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名	担当部署
		担当者名	TEL
治療状況	診療機関名/入院 治療期間/住所/TEL	① 診療機関名	入院 有 / 無 治療開始 治療終了(見込)
		〒	TEL
	住所/電話	② 診療機関名	入院 有 / 無 治療開始 治療終了(見込)
		〒	TEL
	※治療終了日(見込)については 可能な範囲でご記入ください	③ 診療機関名	入院 有 / 無 治療開始 治療終了(見込)
		〒	TEL
傷病届作成日 / 作成支援の有無		作成日	本届書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の 支援を受けて作成した場合 チェック <input type="checkbox"/>

※本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」に読み替えてその内容をご記入ください。

事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第	号	当事者	甲(加害者)	氏名		
	自動車の 登録番号				乙(被害者)	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	昼間・夜間・明け方・夕方	
道路状況	舗装： してある・してない		歩道： ある・ない		道路の見通し： よい・悪い		
	中央線 ある・ない		道路の状況： 直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路				
信号又は 標識	信号： ある・ない		自転車側信号： 青・赤・黄		相手側信号： 青・赤・黄		
	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 (速度制限 km/h)			乙車両 km/h (速度制限 km/h)			
事 故 現 場 状 況 図	(右の記号を使用し、乙の立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はm単位で記入してください)						
	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <div style="float: right; text-align: center;">  </div>						
事故発生 の状況説明	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>						
負被 傷害 状況 の	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他()					
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他()					
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()					
	労災特別加入 ※	(被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入あり <input type="checkbox"/> 加入なし					

上記内容に間違いありません。

署名又は記名・押印

年 月 日

届出者(被保険者)

印

(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面をもって本書の代わりとすることも可能です。
 その場合、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入のうえ、届出者に署名又は記名・押印
 をしてもらってください。

同意書

相手方

私が、加害者 _____ に対して有する損害賠償請求権は、法令(注1)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、次の事項に同意します。

1. 健康保険組合が損害賠償額の支払い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等の写しを添付すること。
2. 私が損害保険会社等へ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時は、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内容について情報提供を受けること。
3. 健康保険組合が医療機関等に対して事故による診察等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。
4. 健康保険組合が保険給付又は損害賠償の支払いの請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その内容について情報を提供し、また受けること。

※(上記事項の「健康保険組合」には健康保険組合が事務を委託する事業者を含む)

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・共済団体)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・共済団体)に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者(保険会社・共済団体)から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく速やかに届け出ること。
4. 治療が完了した場合には、治療終了報告書を提出又は、治療完了日を報告すること。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【被保険者】

住 所 _____

氏 名 _____

【被扶養者】

住 所 _____

氏 名 _____

(注1) 根拠法令 健康保険法 第57条

※【委託先事業者】

〒103-0025 東京都中央区日本橋茅場町3-4-2

ガリバー・インターナショナル株式会社 求償課 TEL 03-6778-2718