

## 第三者行為による傷病届

(健康保険法施行規則第 65 条の規定による届出)

日本レストランエンタプライズ健康保険組合 理事長殿

※この届書には「届書記入上の注意」に記載の添付書類が必ず必要となります。

健康保険証の記号番号	記号	番号			
1	被保険者（被害者）の				
氏名	印		生年月日	昭和 平成	年 月 日
住所	Tel				- -
勤務先名称	Tel				- -
勤務先所在地					
2	被害者が被扶養者（家族）のときはその				
氏名	印		生年月日	昭和 平成	年 月 日
住所	Tel				- -
勤務先名称	Tel				- -
勤務先所在地					
3	第三者（加害者）の				
氏名	印		生年月日	昭和 平成	年 月 日
住所	Tel				- -
勤務先名称	Tel				- -
勤務先所在地					
4	第三者（加害者）が未成年者又は責任無能力者の場合は、親権者又は監督義務者の				
氏名	印		生年月日	昭和 平成	年 月 日
住所	Tel				- -
勤務先名称					
勤務先所在地					
5	第三者（加害者）が不明の場合はその理由				

6	事故の内容					
発生日時	平成 年 月 日 ( 曜日)		午前	時	分頃	午後
発生場所						
事故の種類	自動車事故 ・ バイク事故 ・ 自転車事故 ⇒事故発生状況報告書 No.5 に記入					
	殴打 ・ 刺傷 ・ その他事故 ⇒事故発生状況報告書 No.6 に記入					
警察への届出の有無	届出済 ( 署) ・ 未届 (理由)					
事故の責任はどちらに なんぶずつある と思いますか	自分が悪い場合			相手が悪い場合		
	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		
どんな用件で	被害者 (あなた)			加害者 (相手方)		
	勤務中・通勤途上・私用・その他			勤務中・通勤途上・私用・その他		
7	自賠償保険 (加害者の自動車について記入)					
保険証明書番号				自動車ナンバー		
車体番号						
契約保険会社	名 称	Tel - -				
	所在地					
保険 契約者	住所				保有者	住所
	氏名				氏名	
運転者 (加害者)				保険期間	年 月 日から	ヶ月
					年 月 日から	
8	任意保険 (加害者の加入する保険について記入)					
加入	有 ・ 無	契約保険会社	名称			
一括対応※	有 ・ 無		所在地	担当	Tel - -	
証明書番号			保険契約者	氏名		
9	任意保険 (あなたの加入する人身傷害保険で対応している場合)					
契約保険会社			所在地	担当	Tel - -	

※任意一括とは、自賠償保険だけの対応ではなく、任意保険会社が対応している場合です。

10		治療を受けた医療機関等					
㊟	名称		入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日までの 日間 自費・加害者負担・自賠・健康保険			
	所在地		通院	平成 年 月 日から平成 年 月 日までの 日間 自費・加害者負担・自賠・健康保険			
㊞	名称		入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日までの 日間 自費・加害者負担・自賠・健康保険			
	所在地		通院	平成 年 月 日から平成 年 月 日までの 日間 自費・加害者負担・自賠・健康保険			
㊟	名称		入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日までの 日間 自費・加害者負担・自賠・健康保険			
	所在地		通院	平成 年 月 日から平成 年 月 日までの 日間 自費・加害者負担・自賠・健康保険			
治療経過		平成 年 月 日現在		治癒・診療継続中・中止			
11 示談の経過（当てはまるものに○印をしてください）							
示談成立 平成 年 月 日 （示談書写し添付）		交渉中 平成 年 月 日		請求権放棄 平成 年 月 日			
示談していない ときはその理由							
請求権を放棄し たときは その理由							
12 損害賠償の請求・受領の状況（当てはまるものに○印をしてください）							
加害者に対する 損害賠償の請求		請求し受領済み（平成 年 月 日 円）					
		請求中・これから請求する・請求しない（理由）					
当事者間での過失割合協定の有無		有（過失割合 あなた % 加害者 %）・無					
自転車・バイク 事故のとき		まだ請求していない		理由			
		これからも請求しない		理由			
		請求した		自賠責保険へ 任意保険へ 平成 年 月 日頃			
加害者加入の 自動車保険へ の請求及び 受領の状況		賠償金の内訳	請求		受領済		
			種別	期間	金額	期間	金額
			医療費				
			休業補償				
			埋葬料				
			慰謝料				
			雑費				
			計				

## 念 書

この届書に記載した保険事故について、健康保険法により給付を受けた場合は、私に代わって<sup>保険者</sup>日本レストランエンタプライズ健康保険組合が加害者に対して損害賠償請求権（健康保険法第57条の規定により保険者が給付した価格の程度）を取得し、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。

尚、あわせて下記の事項を厳守することを誓約いたします。

### 記

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって保険者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、かつ遅延なく保険者に届出ること。

平成 年 月 日

被保険者氏名

印

## 同 意 書

この届書に記載した保険事故について、<sup>保険者</sup>日本レストランエンタプライズ健康保険組合が賠償金の支払請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書類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ついて同意します。併せて、加害者の加入する損害保険会社等の保有する損害賠償に関する情報についても同意します。

平成 年 月 日

被害者氏名

印

### 届書記入上の注意

1. 労災（業務上や通勤途上での事故）に該当する場合は健康保険での給付は受けられません。健康保険証を使用したときは、かかった治療費について返納していただくこととなります。速やかに労働基準監督署にご相談ください。
2. あなたの過失が大きい場合は「加害者」を「相手方」と読み替えてご記入ください。  
（被害者側に非があった場合でも、被保険者側は“被害者”の欄に、相手方は“加害者”の欄に記入してください。）
3. 加害者不明の場合は記入できる範囲で、また添付書類についても添付できる範囲でかまいません。
4. 念書並びに同意書については必ず署名と捺印をしてください。

### 添付書類について

1. 交通事故証明書・・・安全運転センターで発行されます。また、最寄の警察署、派出所でも「交通事故証明書交付申請書」が備えられておりますのでお問合せください。  
※交通事故（車・バイク）以外の自転車、殴打事件等では添付不要です。
2. 事故発生状況報告書・・・事故の状況を詳しく記入してください。尚、報告書の署名捺印もれのないようお願いいたします。
3. 証書（納付誓約書）・・・相手方に渡して、記入していただきます。相手方の保険会社による記載でもかまいません。※被保険者側の過失が大きい、係争中、また相手が過失を認めない等の理由で書いてもらえない場合は、その旨を用紙余白に記入してください。
4. 示談書の写し・・・示談がすでに成立している場合は、必ず添付してください。
5. 負傷原因届・・・すでに提出の場合は不要です。

## 事故発生状況報告書 (その他事故の場合)

事故発生の詳細な状況	
事故発生現場の見取図	事故発生場所の見取図を記載し、被害者と加害者との行動を赤線で表示してください。

上記のとおり報告します。

平成 年 月 日

報告者 甲との関係 ( )  
乙との関係 ( )

印

( 加 害 者 用 )

## 証 書 ( 納 付 誓 約 書 )

日本レストランエンタプライズ健康保険組合 理事長殿

わたくしは、平成 年 月 日 におけ  
る第三者行為により、被害者 が被った傷病の治療につき、 貴組合  
が健康保険により負担した費用を、貴組合から請求を受けた場合は、指定納付期間までに わ  
たくしの過失割合に応じて責任をもってお支払いします。  
上記のとおり誓約します。(該当の箇所のみ署名・捺印してください)

平成 年 月 日

○加害当事者 (成人)

納 入 者 住 所

氏 名

印

連帯保証人 住 所

氏 名

○加害当事者が未成年の場合は親権者等 (加害当事者との続柄 )

加害当事者が業務中の事故の場合は、加害当事者の使用者

住 所

氏 名

○交通事故の場合の、任意一括払損害保険会社 (ゴム印可)

所 在 地

名 称

担 当 者 名

# 負傷原因届

健康保険を使用し治療を受けた方で療養の内容が外傷性症状（骨折、挫創等）の場合は、「負傷原因届」といって、傷病原因を具体的に報告して頂くことになります。これは、第三者行為又は労災でないか等を確認する書類です。








健康保険証 の記号番号	記号	番号	受診者名	
傷病名				
下記照会事項のうち、上記受診者が該当する事項についてご回答ください。				
受診した医療機関名称				
実際に受けた治療期間		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日までの 日間 上記治療は現在 終了 ・ 継続中		
負傷の日時等  該当する項目に ○をつけてください		平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃 工作中・休憩時間中・学校の授業中・部活動中・出張中・自宅で 私用外出中・会社に行く途中、帰り（食事をした後、寄り道した後） アルバイトやパートに行く途中、帰り（食事をした後、寄り道した後） その他（ ）		
負傷の場所				
負傷日の勤務時間		午前・午後 時 分～午前・午後 時 分まで		
受診者の仕事内容				
負傷の原因	何をしている時に	(例 歩行中・階段を降りようとした時、サッカーをしている時)		
	何がどういふふうになって	(例 足が石につまづき)		
	どこをケガした	(例 足を骨折した)		
事故の形態  該当する項目に ○をつけてください。		自らの不注意によるケガ・自損による交通事故・相手のいる交通事故  喧嘩・その他（ ）		

上記の通り相違ありません。

平成 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_  
 被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 事業所所在地 \_\_\_\_\_  
 事業所名称 \_\_\_\_\_  
 事業主名 \_\_\_\_\_ 印

## 事故発生状況報告書 (交通事故の場合)

甲 (加害者) 相手方	氏名	乙 (被害者) あなた	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	してある	ある	
	舗装	歩道 (両・片)	直線・カーブ
	してない	ない	平坦・坂
	良い		
見通し	積雪路	凍結路	
	悪い		
信号又は標識	信号	駐停車禁止	その他標識 ( )
	ある	されている	
	ない	されていない	
事故現場における相手とあなたとの状況を図示してください。	甲 車		
	乙 車		
	進行方向		
	信号		
	一時停止		
	人間		
	自動車 バイク		
上記図の説明を書いて下さい。			

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

日本レストランエンタプライズ健康保険組合理事長 殿

報告者 氏名 \_\_\_\_\_ 印



(加害者との関係： )

No.5

事故発生状況報告書 (交通事故 (自損) の場合)

被害者氏名	氏名	速度	Km/h (制限速度 Km/h)		
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	ある	直線・カーブ	平坦・坂
	舗装	してない	ない		
	見通し	良い	積雪路	凍結路	
		悪い			
信号又は標識	信号	ある	されている	その他標識 ( )	
		ない	されていない		
事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください。	甲 車				
	乙 車				
	進行方向				
	信号				
	一時停止				
	人間				
	自動車 バイク				
上記図の説明を書いて下さい。					

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

日本レストランエンタプライズ健康保険組合理事長 殿

報告者 氏名 \_\_\_\_\_ 印