

| 健<br>保<br>組<br>合 | 常務理事 | 事務長 | 係長 | 係 |
|------------------|------|-----|----|---|
|                  |      |     |    |   |

受 付 印

受付管理NO. \_\_\_\_\_

アイシン健康保険組合 御中

## 第三者の行為による傷害届

・ ・ ・ 注 意 事 項 ・ ・ ・

- 第三者の行為で健康保険を使用して治療を行われる場合は、健康保険組合へ連絡、相談して下さい。勝手な利用は認められていません。→健康保険法施行規則第65条  
健康保険証の利用が認められた場合は、直ちに所定の手続きをしていただきます。

・ ・ ・ 手 続 き を す る と き ・ ・ ・

- ① 第三者の行為によって傷害を受けた場合、遅滞なく健康保険組合の許可と届出が必要です。この場合、7割（8割）の医療費（窓口3割（2割）自己負担）に対する損害賠償請求権が健康保険組合に移ります。  
但し、通勤途中及び仕事上の事故・ケガは、健康保険は使用できません。（労災保険適用）  
※この場合は、勤務先へご連絡して下さい。（パート、アルバイトも同様）

- ② 「子ども医療費助成制度」対象者の方は、各市町村へ所定の届出をし、健康保険組合へは、この届出のみ提出して下さい。

- ③ 届出書類・・・(1)第三者の行為による傷害届（ 1/5 ～ 5/5 ）(2)事故発生状況報告書  
(3)交通事故証明書（原本 又は、原本証明がなされた複写）

- ④ その他・・・治療終了、示談の前に相談をして下さい。  
示談によって、損害賠償を受けると、健康保険の支払を受けられなくなります。示談後にも支払を受けられるかどうかは、示談の内容によって異なりますので、事前に健康保険組合に相談して慎重に対応して下さい。

※その他不明な点は、アイシン健康保険組合 給付チームまでお問い合わせ下さい。

**電話番号： 0 5 6 6 — 7 7 — 8 0 2 1**

**F A X： 0 5 6 6 — 7 7 — 8 0 2 0**

＊経路  
被保険者↓健康保険組合

この届出内容、個人情報については健康保険法施行規則第65条に基づき行われ、健康保険法第57条の損害賠償請求権に基づいた自動車保険自賠責・任意保険への請求のみに利用し、それ以外の機関への提供、開示は致しません。

|                              |       |                                                       |                                |                  |                        |                         |  |
|------------------------------|-------|-------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------|------------------------|-------------------------|--|
| 被 保 険 者 証                    |       | 記号      一 番号                                          |                                | 被 保 険 者 氏 名      |                        | 印                       |  |
| 事 業 所                        | 名 称   | 所属内線 TEL      一                                       |                                |                  |                        |                         |  |
|                              | 所 属   | 工 場                                                   |                                | 部 ・ 室            |                        | 課 ・ G      係 ・ T      班 |  |
| 保険証を使用した者                    | 氏 名   |                                                       |                                | 被扶養者の場合は続柄       | 自宅 TEL (      )      一 |                         |  |
|                              | 住 所   | 〒      一                                              |                                |                  |                        |                         |  |
| 事故発生年月日                      |       | 年      月      日      曜日      午前・午後      時      分ごろ    |                                |                  |                        |                         |  |
| 事 故 発 生 場 所                  |       |                                                       |                                |                  |                        |                         |  |
| 何 の 用 務 中 か                  |       | 休日・休暇・出勤前・出勤途中・会社内・出張中・休み時間中・帰宅途中・帰宅後<br>その他 (      ) |                                |                  |                        |                         |  |
| 事故発生の具体的状況                   |       | 別 紙 の と お り                                           | 事 故 発 生 の 責 任                  |                  | 事故の・相手方・当方・わからない       |                         |  |
| 事 故 の 種 類                    |       | 自動車・オートバイ・自転車・歩行中・殴・刺・傷・その他 (      )                  |                                |                  |                        |                         |  |
| 警察署届出の有無                     |       | 有 (      警 察 署 ) ・ 無 ( 理 由      )                     |                                |                  |                        |                         |  |
| 事 故 の 相 手 方 に 関 する こと        | 相 手 方 | 氏 名                                                   | (      歳 ) TEL (      )      一 |                  |                        |                         |  |
|                              |       | 住 所                                                   |                                |                  |                        |                         |  |
|                              | 勤 務 先 | 名 称                                                   | TEL (      )      一            |                  |                        |                         |  |
|                              |       | 所在地                                                   |                                |                  |                        |                         |  |
| 診 療 を 受 け た 医 療 機 関          | 名 称   |                                                       |                                |                  |                        |                         |  |
|                              | 所在地   |                                                       |                                |                  |                        |                         |  |
| 傷      病      名              |       |                                                       |                                |                  | 初 診 年 月 日              | 年      月      日         |  |
| 健 保 ・ 自 費 別 診 療 期 間          | 健 保   | 年      月      日                                       |                                | ～                |                        | 年      月      日         |  |
|                              | 自 費   | 年      月      日                                       |                                | ～                |                        | 年      月      日         |  |
| 病院の窓口での自己負担分                 |       | 1. 被保険者                                               |                                | 2. 相手方 (保険会社) 負担 |                        | その他 (      )            |  |
| 備考 (相手方が不明のときは、その理由を記入して下さい) |       |                                                       |                                |                  |                        |                         |  |

相手方の自動車（保険）関係事項

（必ず自動車保険証書を見て誤りのないようにご記入下さい。）

|                                                     |                        |                                                        |                                                                                                                                   |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 強制<br>保<br>險<br>関<br>係<br>（自賠責<br>保<br>險<br>事<br>項） | 契約者の氏名・連絡先<br>及び住所     |                                                        | 氏名<br>TEL（      ）      －                                                                                                          |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                     | ※該当する□にレをつけ記入して下さい。    |                                                        |                                                                                                                                   |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                     | 保有者と契約者との関係            |                                                        | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 譲受人 <input type="checkbox"/> 借受人 <input type="checkbox"/> その他（      ）        |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                     | 相手方運転手と保有者との関係         |                                                        | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> 親族（      ） <input type="checkbox"/> その他（      ） |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                     | 事故当事者間での過失<br>割合の協定の有無 |                                                        | 1. 有<br>2. 無                                                                                                                      | 『有』の場合は、その理由及び金額、分担割合を記入して下さい                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                     |                        |                                                        |                                                                                                                                   |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                     | 自動車<br>損害賠償<br>責任保険    | 保 險 会 社 名                                              |                                                                                                                                   | 保険（株）      支店                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                     |                        | 保 險 会 社 の 住 所<br>及 び 連 絡 先                             |                                                                                                                                   | 〒 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> TEL（      ）      － |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                     |                        |                                                        |                                                                                                                                   |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                     |                        | 自賠責証明書番号                                               |                                                                                                                                   | 第      号                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 期      間                                            |                        | 自      年      月      日～至      年      月      日      カ月間 |                                                                                                                                   |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 任意<br>保<br>險<br>関<br>係                              | 加害自動車<br>の<br>任意保険     | 1 . 有      2 . 無                                       |                                                                                                                                   | 保険（株）      支店                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                     |                        | 保 險 会 社 の 住 所<br>及 び 連 絡 先                             |                                                                                                                                   | 〒 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> TEL（      ）      － |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                     |                        |                                                        |                                                                                                                                   |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                     |                        | 任意保険証券番号                                               |                                                                                                                                   | 第      号                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 期      間                                            |                        | 自      年      月      日～至      年      月      日      カ月間 |                                                                                                                                   |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 任 意 一 括 の 支 払 の 場 合                                 |                        | 担当者名      TEL（      ）      －                           |                                                                                                                                   |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                 |             |                            |           |                 |     |   |
|---------------------------------|-------------|----------------------------|-----------|-----------------|-----|---|
| 健<br>保<br>組<br>合<br>記<br>入<br>欄 | 請 求 又 は 制 限 | 57条(第三者)116条(故意)117条(不行跡)  | 請 求 月 日   | 年      月      日 |     |   |
|                                 | 給 付 制 限     | A（付加金）B（A＋医療費）C（A＋B＋傷手）    | 入 金 月 日   | 年      月      日 |     |   |
|                                 | 請 求 し な い   | 請求権なし．免除．放棄．不能．その他（      ） | 完了<br>確認印 | 事務長             | 係 長 | 係 |
|                                 | 請 求 方 法     | 自賠責．任意一括．その他（      ）       |           |                 |     |   |
|                                 |             |                            |           |                 |     |   |

(被保険者用)

## 念 書

(事故日) 年 月 日 (事故発生場所) 地内において、  
(相手方氏名) (被保険者等氏名)

の不法行為により の  
被った保険事故について、健康保険法による保険給付を受けましたので、私が相手方  
に対して有する損害賠償請求権を、健康保険法 57 条の規定によって健康保険組合が保険  
給付の価額の限度において取得並びに行使し、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。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 相手方と示談を行おうとする場合は、事前に貴健康保険組合にその内容を申し出ます。
2. 相手方に白紙委任状を渡しません。
3. 相手方から金品等（自動車損害賠償保険の保険金受領含む）を受けたとき若しくは受  
けようとするときは、受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅延なく  
貴健康保険組合に連絡します。また、貴健康保険組合が保険会社等から上記の情報の  
提供を受けることに同意します。
4. 健康保険組合が損害賠償額の支払の請求を、「相手方」「相手方の連帯債務者」「相手方  
が加入する損害保険会社（自賠責・任意・共済など）やその代理店」に行う際、請求  
書類一式に当該保険事故にかかる保険給付の明細書（診療報酬明細書及び現金給付の  
明細書等）の写しを添付することに同意します。

併せて当該保険事故に関係する医療機関及び損害保険会社等への照会とその回答を  
受理することに同意します。

年 月 日

被保険者 住 所

氏 名

印

受 診 者 氏 名

印

アイシン健康保険組合理事長 殿

(相手方用)

## 誓 約 書

(事故日)

(事故発生場所)

年 月 日 \_\_\_\_\_地内において、私

(当事者甲)

(被保険者等氏名)

\_\_\_\_\_と \_\_\_\_\_(健康保険被保険者・被扶養者)  
との間に発生した保険事故による被害者の損害について、健康保険法57条の規定により  
求償されたときは直ちに貴健康保険組合に支払うことを誓約します。

年 月 日

当事者甲 住 所

氏 名

印

連帯債務者 住 所

(相手側損害保険会社等) 氏 名

印

アイシン健康保険組合理事長 殿