負傷原因届と第三者行為

「けが」をされたら、健康保険組合へご連絡を……

病院や医院の窓口では、「けが」で受診された患者さんに「健康保険でかかってよいか、健康保険組合の了解をとってください」と聞かれることがあります。それは、全部健康保険でかかれるのか、健康保険組合が当初立て替えて、あとで本当の支払義務がある保険などに請求するのか、を区別するためです。

このようなときは、健康保険組合にお電話ください。そして「負傷原因届」を出していただければ、健康保険での診療が受けられます。

健康保険組合に医療機関から届けられる請求書（レセプト）には、“業務上の傷病で労災保険が適用される場合”、“その傷病の原因に賠償責任のある関係者が存在する場合”、“全部または一部が自動車保険から給付される場合”などもまぎれこんでいます。

健康保険組合では、支払わなくてよい可能性のある請求書（レセプト）を毎月調べ出しています。請求書（レセプト）を見ても事情がよくわからないときは、「傷病原因の照会」という文書でお問い合わせすることがあります。

具体的な状況などを教えていただいて、被保険者の方のお力になりたいと考えています。

〒104-0033
東京都中央区新川１丁目２１号２番
茅場町タワー2 階
セントラルスポーツ健康保険組合
電話　03-5566-0431

整理番号　　号
令和　　年　　月　　日

（１０１１－　　）
被保険者　　殿

セントラルスポーツ健康保険組合

傷病原因について（照会）

あなたは、令和　　年　　月　　日から
（医療機関名）　　にて
（傷　病　名）　　のため
健康保険により治療を受けていらっしゃいますが、その傷病発生原因および発生状況等について確認いたしたく、右記回答用紙により、令和　　年　　月　　日迄に必ずご回答くださるようお願いします。

＜連絡先＞
〒104-0033
東京都中央区新川１丁目２１番２号
茅場町タワー２階
セントラルスポーツ健康保険組合
電　話　03-5566-0431

ご回答がないと給付金＜高額療養費など＞の支給が遅延することもありますので期間内にご回答下さいようお願いいたします。

整理番号　　号
令和　　年　　月　　日

傷病原因について（回答）

令和　　年　　月　　日付で照会のありましたことについてお答えします。

住所　〒
氏名　　㊞
連絡先　TEL　　（　　）

記号・番号	１０１１－	支 部 名	
負傷（発病）年月日	令和　　年　　月　　日 午前・午後　　時頃（出勤日・休暇日）		
治療費の支払方法	健 康 保 険 ・ 自　費 ・ 相 手 方 ・ 自賠責保険・他		
負　　傷　　名			
負傷発病の原因及び状況等	１．どういう状況にて負傷されたか具体的にご記入下さい。 （仕事中、通勤途中等を明記して詳細に理由をお書き下さい。） どこで負傷しましたか。		
＊備　考			

（注）業務外で第三者から負傷を受けた場合は「第三者行為による傷病届」を至急健保組合へ提出して下さい。備考欄は記入しないで下さい。

常務理事	事務長	係　長	担当者

本人・家族　　健康保険　**第三者の行為による傷病届**　交通事故・その他

その１

被害者	被保険者証の記号と番号	記号	氏　名	ふりがな　㊞	
		番号	現住所		
	被保険者が勤務している事業所	名　称			
		所在地	電話		
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏　名	ふりがな	被保険者との続柄	
加害者	加害者	氏　名		生年月日	大・昭・平　年　月　日
		現住所			
	加害者の勤務先	名称又は氏名			
		所在地又は住所			
	加害者の住所氏名が判らないとき	その理由			
事故内容	傷病名		発生年月日	令和　年　月　日　午前・午後　時　分頃	
	発生の場所				
	種別				
	事故結果	治癒・即死・入院中の死亡（死亡日令和　年　月　日）			
	警察官の立会	あった・ない・ないが届出済・わからない			
	所轄署	警察署　派出所			
	過失の度合	相手方　％　当方　％			

この届に添えて提出する書類	・交通事故証明書（人身事故扱） ・事故発生状況報告書 ・診断書 ・念　書 ・誓約書

受付日付印

<table>
<tr><td rowspan="9">加害者の自動車保険加入状況</td><td>責任保険加入の有無</td><td colspan="2">ある・ない</td><td>保険契約期間</td><td>自 令和 年 月 日
至 令和 年 月 日</td></tr>
<tr><td>保険加入証明書番号</td><td colspan="2">第 号</td><td>契約者氏名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">契約保険会社</td><td>名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3">TEL</td></tr>
<tr><td>任意保険加入の有無</td><td colspan="2">ある・ない</td><td>保険契約期間</td><td>自 令和 年 月 日
至 令和 年 月 日</td></tr>
<tr><td>保険加入証明書番号</td><td colspan="2">第 号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">契約保険会社</td><td>名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3">事故担当者名（ ）
TEL （ ）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="8">損害賠償の請求及び支払状況</td><td colspan="2">自動車事故の時
保険会社から賠償金の受領は</td><td colspan="3">した（請求者名 ）・しない・請求中</td></tr>
<tr><td colspan="2">加害者に対する損害賠償の請求</td><td>していない
・した</td><td>年 月 日
口頭・文書</td><td>治療費 円
休業補償 円
その他 円</td></tr>
<tr><td rowspan="7">第三者（加害者）から損害賠償をうけたとき</td><td>損害賠償の種類</td><td colspan="3">加害者直接賠償 ・ 保険会社からの賠償</td></tr>
<tr><td rowspan="7">賠償金の内訳</td><td>治療費</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>休業補償費</td><td colspan="2">自 令和 年 月 日
至 令和 年 月 日</td></tr>
<tr><td>埋葬費</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>慰謝料</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>見舞金</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>障害保障費</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>合計</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td rowspan="4">受領方法及び年月日</td><td>全額</td><td colspan="2">令和 年 月 日 受領</td></tr>
<tr><td rowspan="3">分割
（ ）回払い</td><td>第1回</td><td>円 年 月 日受領</td></tr>
<tr><td>第2回</td><td>円 年 月 日受領</td></tr>
<tr><td>第3回</td><td>円 年 月 日受領</td></tr>
</table>

治療状況	この事故で医師の治療をうけましたか		うけた　・　うけない	
	治療を受けたとき	①医療機関	名　称	
			所在地	TEL　（　）
		②医療機関	名　称	
			所在地	TEL　（　）
		支払方法	健康保険　・　加害者負担　・　自費　・　その他（　　）	
		治療開始	令和　年　月　日　入院　・　通院	
		転帰	令和　年　月　日現在　入院中　・　通院加療中・治癒・中止	
		入院治療期間	入院　自令和　年　月　日 ～ 至令和　年　月　日 通院　自令和　年　月　日 ～ 至令和　年　月　日	
		後遺症	ある　・　ある見込み　・　ない　・　ない見込み	
		治療見込	令和　年　月　日から　約　ぐらい	
示談状況	示談が成立		交渉中	令和　年　月　日現在
			請求権を放棄した	
	令和　年　月　日		成立してない	令和　年　月　日
			示談が成立していない理由	放棄した理由

＊示談を行なう場合は、その内容等について必ず組合に相談して下さい。

保険給付欄				
種別	金額	内容	支給年月日	備考
療養の給付	円		年　月　日	
療養費	円		年　月　日	
傷病手当金	円		年　月　日	
	円		年　月　日	
	円		年　月　日	
	円		年　月　日	
	円		年　月　日	
合計	円			

第三者行為（交通事故）により健康保険で保険給付を受ける場合には、必ず下記の該当する項目を〇で囲んで下さい。（なお、①～④については健康保険又は、自賠責（任意保険）のどちらか一方しか請求出来ません。）

療養の給付

① 医療費の自己負担（医療機関に支払った一部負担金）について

１．自賠責あるいは任意保険に請求しますか。　する ・ した ・ しない

② 療養費（マッサージ・コルセット・柔道整復施術・輸血・その他）について

１．健保組合に請求しますか。　する ・ した ・ しない

２．自賠責あるいは任意保険に請求しますか。　する ・ した ・ しない

③ 埋葬費について（死亡の場合）

１．健保組合に請求しますか。　する ・ した ・ しない

２．自賠責あるいは任意保険に請求しますか。　する ・ した ・ しない

④ 傷病手当金（休業損害補償）について

１．健保組合に請求しますか。　する ・ した ・ しない

２．自賠責あるいは任意保険に請求しますか。　する ・ した ・ しない

⑤ 今回の交通事故によって受けた負傷で、歯科の治療を受けられましたか。

受けた ・ 受けない ・ 受ける

事　故　発　生　状　況　報　告　書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

<table>
<tr><td colspan="2">甲
(加害運転者)</td><td>氏名</td><td>乙
(被害者)</td><td>氏名</td><td colspan="2">運転・同乗 { 加害者 / 他方者
歩行・その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">該当項目に○印等を記入せてください</td><td>天候</td><td>晴・曇・雨・雪・霧</td><td>交通状況</td><td>混雑・普通・閑散</td><td>明暗</td><td colspan="2">昼間・夜間・明け方・夕方</td></tr>
<tr><td colspan="2">道　路　状　況</td><td colspan="5">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・坂道　見通し（良い・悪い）　積雪・凍結
環境（商店街・住宅・田園・(郊外)・国道・バイパス・山間地・その他）</td></tr>
<tr><td colspan="2">信号又は標識</td><td colspan="5">信号（ある・ない）　駐・停車禁止（されている・されてない）
その他標識（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">速　　度</td><td colspan="5">加害者　　km/h（制限速度　　km/h）
他方車　　km/h（制限速度　　km/h）</td></tr>
<tr><td>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</td><td colspan="7">加　害　者
他　方　車
進行方向
信　　号
一時停止
人　　間
自　転　車
オートバイ</td></tr>
</table>

令和　　年　　月　　日

甲との関係（　　）

報告者

乙との関係（　　）　　氏　名　　印

該当項目に〇印等を記して下さい。

一時停止（安全確認）	した　・　しない　・　不詳	
徐　　行	した　・　しない　・　不詳	
センターラインの有無とその種類	ある	白の点線・白の実線・黄色の実線・その他
	ない	
車　線　数	片側・両側・（１・２・３・４・５・６　車線　）	
車道・歩道の区分	ある　・　ない	
信号の有無とその状況	ある	青　・　黄　・　赤　・　黄の点滅　・　赤の点滅
	ない	

左記の事故発生状況略図の説明をなるべく詳しく書いて下さい。

念　　書

年　　月　　日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿において＿＿＿＿＿＿＿＿＿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６６条の規定によって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、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

１．加害者と示談を行なおうとする場合は必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。

２．加害者に示談委任状を渡さないこと。

３．加害者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、かつ遅滞なく貴職に届出ること。

令和　　年　　月　　日

住　　所

氏　　名　　㊞

セントラルスポーツ健康保険組合

理　事　長　山　崎　幸　雄　殿

誓　　約　　書

（事　故　発　生　場　所）

令和　　年　　月　　日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿において私の

（被　害　者　名）

加害行為（交通事故）により＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が被った傷病について、健康保険法の規定による保険給付を受けた被害者が、加害者に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第６７条の規定により、その価格の限度において代位請求があった場合は、過失割合に応じて支払うことを連帯保証人とともに署名押印のうえ誓約します。

令和　　年　　月　　日

加害者　住　所

氏　名　　㊞

電　話

連帯
保証人　住　所

氏　名　　㊞

電　話

セントラルスポーツ健康保険組合

理　事　長　山　崎　幸　雄　殿