

第三者行為（交通事故）による負傷で 病院を受診するとき

交通事故により負傷し、健康保険で治療を受ける場合は、事前に理美けんぽへご連絡のうえ、すみやかに第三者行為による傷病届などの必要書類と交通事故証明書をご提出ください。

※交通事故による傷病届の作成に関して保険会社から支援が受けられる場合がありますので
保険会社の担当者にご相談ください。

届出が必要となる理由

交通事故により負傷し、健康保険で治療や傷病手当金等を受給したときは、その治療費や休業補償費は加害者が負担すべきものであり、当組合は一時的に費用を立て替えている状態です。

後日、当組合が加害者や保険会社に対して、治療費や休業補償費を請求する際に「第三者行為による傷病届」が必要になりますので、必ずご提出ください。（健康保険法第57条に基づく）

※健康保険を使用したにも関わらず届出が提出されない場合、当組合が加害者または保険会社に治療費を請求できないため、給付を行った価額の限度において治療費や休業補償費を被保険者に請求することとなります。

届出上の注意

◎自分の過失が100%の事故、相手が不明の事故（ひき逃げ）等の場合も、届出が必要になります。

加害者が見つかった場合はすみやかに理美けんぽにご連絡ください。

◎自費診療の場合、提出は不要です。

◎業務中・通勤途中に第三者行為が原因でけがや病気をしたときは、労災保険の適用となりますので健康保険は使えません。事業所の労災担当者に連絡し、労働基準監督署の指導を受けてください。

申請書類：① 第三者行為による傷病届

② 交通事故発生状況報告書

③ 念書兼同意書 **※必ず自署にてご記入、ご捺印ください**

④ 誓約書

⑤ 人身事故証明書入手不能理由書（交通事故証明書が物損事故の場合のみ）

⑥ 示談書（解決済みの場合）

添付書類：**交通事故証明書（原本）**

※交通事故証明書取得方法は裏面をご参照ください

届出後の留意点

この届出後、次のようなときは必ず健康保険組合へお知らせください。

◎示談を行おうとするとき

*加害者と示談する前に当組合に治療終了日（症状固定を含む）を連絡してください。

*示談の内容によっては、保険者が有する損害賠償請求権が消滅してしまい、当組合は加害者に立て替えた治療費を請求できなくなります。被害者（被保険者）が負担を負うおそれがありますので、示談を結ぶ前に必ずご連絡ください。

◎治療が終了したとき（症状固定を含む）

◎届出後に治療費・見舞金・保険金等を受領したとき

提出先・問合せ先
全日本理美容健康保険組合 給付課
〒103-0011
東京都中央区日本橋大伝馬町 1-7
日本橋ノースプレイス 4F
TEL 03-6661-6106

※交通事故証明書取得方法について

<インターネットで申請する>

自動車安全運転センターのホームページで申請が可能です。

下記リンクまたはQRコードを、ご参照ください。

<https://www.jsdc.or.jp>



<窓口で申請する>

§ 郵送で取りつける方法

最寄りの交番で事故証明書交付申請書に必要事項を記入し、交付手数料と払込手数料を添え郵便局から申し込むと後日指定の住所に郵送されます。

§ 自動車安全運転センターの窓口で受け取る方法

最寄りの自動車安全運転センターの窓口で交付申請書を記入し、交付手数料を添えて受け取る。(その場で証明書が発行されますが、後日送付の場合もあります)

<任意保険会社から取得する>

事故後の対応について任意保険を利用している場合は、保険会社が交通事故証明書を取得しています。任意保険会社へ、『原本証明された交通事故証明書』の発行をご依頼ください。

第三者行為による傷病届

(被保険者名) 届出者	被保険者記号・番号 / 保険者名		記号 ●●	番号 ●●●●	保険者名 全日本理美容健康保険組合		
	届出者情報	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏名 びよう はなこ 美容 華子		生年月日 平成 2 年 5 月 1 日		
		※被保険者の 情報を記入	住所 / 電話	〒 ●●●●-●●●● 東京都●●区▲▲▲▲1-1 BIYOUビル101号室		TEL 090-●●●●-●●●●	
		勤務先名 / 電話	ZENNIHON美容室		TEL	03-6661-6106	
被害者 (受診者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者の 情報と同じ場合は チェック ☐	ふりがな 氏名 びよう みはな 美容 美花		届出者との関係 長女	生年月日 平成20 年 5 月 5 日	
	住所 / 電話		〒 同上		被害者が被保険者の場合はこちらにチェックの み TEL 080-●●●●-●●●●		
事故発生状況	事故発生日時		令和 5 年 10 月 1 日		午前 / 午後	7 時 30 分頃	
	事故発生場所		六本木交差点付近				
	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)				
※自分の過失割合が多く自分が事故上被害者となる場合でも 相手方を加害者として記入してください	(第三者) 加害者	氏名	ふりがな 氏名 りよう いちろう 理容 一郎		第三者(相手方)が2人以上の場合は併記または別紙にご記入ください		
		住所 / 電話	〒 ●●●●-●●●● 東京都●●区●●●●2-8				
		保険会社名 / 保険契約者名	●●●●損害保険 株式会社		ふりがな 氏名 りよう いちろう 理容 一郎		
	自賠責保険	証明書番号 / 車台番号	証明書番号 ●●●●A●●●●●●		車台番号 (ナンバープレート)	品川●●●●あ●●●●●●	
		保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 年 月 日		自賠責証明書番号 第 ●●●●000001 号		
		任意保険(加害者)	保険会社名 / 担当部署		●●●●▲▲▲▲損害保険 株式会社 関東損害課		
	任意保険(加害者)	取扱店所在地 / 電話	〒 ●●●●-●●●● 東京都●●区▲▲▲▲2-2		TEL ▲▲-▲▲▲▲-▲▲▲▲		
		担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 ぞんぼ いちろう 損保 一郎		E-mail ●●●●@gmail.com		
		保険契約者名	ふりがな 氏名 りよう いちろう 理容 一郎				
		住所	〒		第三者(相手方)が加入する損保会社をご記入ください		
		保険期間 / 契約番号	保険期間		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 は右欄を記入 有 ☒ 無 ☐		保険会社名 ●●●●損害保険 株式会社 担当者氏名 ぞんぼ じろ 損保 次郎		
	治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名	入院	治療開始日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	
			△△病院	有 (無)	治療終了(見込)	令和 〇 年 〇 月 〇 日	
〒 △△△-△△△△ △△県△△市△△町1-1			TEL △△-△△-△△△△				
住所 / 電話番号		② 診療機関名	入院	治療開始日	令和 〇 年 〇 月 〇 日		
		□□薬局 ○○店	有 (無)	治療終了(見込)	令和 〇 年 〇 月 〇 日		
		〒 □□□-□□□□ □□県□□市□□町2-2	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	治療開始日	令和 〇 年 〇 月 〇 日		
		◇◇病院	有 / 無	治療終了(見込)	令和 〇 年 〇 月 〇 日		
		〒 ◇◇◇-◇◇◇◇ ◇◇県◇◇市◇◇町3-3	TEL ◇◇-◇◇-◇◇◇◇				
傷病届作成日 / 作成支援の有無		年 月 日		本届出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はチェック ☐			

(注) 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」と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 1234 号	当事者 甲(加害者) 氏名 理容 一郎	交通事故証明書の情報をご参照ください		同乗 歩行・その他
車両番号 (ナンバープレート)	葛飾●●●い・●●●●	交通状況	混雑 普通 閑散	明 暗	昼間・夜間 明け方 夕方
天 候	晴 曇 雨 雪 霧 ()	道路状況	舗装: (してある・していない) ・ 歩道: (ある・ない) ・ 道路の見通し: (良い・悪い) 中央車線: (ある・ない) (凍結路・凍結路)		
信号又は標識	信号: (ある・ない) 駐停車禁止: (されてい)	わかる範囲でご記入ください			(青・赤・黄)
速 度	甲車両: 20 km/h (制限速度 50 km/h ・ 乙車両: 30 km/h (制限速度 50 km/h				
事故現場状況図	右の記号を使って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で記入してください。 図と説明の両方をご記入ください(道路幅等はわかる範囲で結構です) ※インターネットから印刷した地図等にかき込んだものを添付していただいても結構です				
事故発生(経緯)の状況	買い物に出かけるため母の車に同乗中、片側2車線道路の歩道側を直進していたら、信号のある交差点にさしかかり、信号が青だったので交差点に入ったところ、車の陰から急に右折してきた相手自動車(甲)に衝突されました。				
被害者の負傷状況	日	☐ 出勤日 ☒ 休日(定休日・休暇を含む) ☐ その他 ()			
	時間帯	☐ 勤務時間中 ☐ 通勤途上 ☐ 出張中 ☒ 私用 ☐ その他 () (パート・アルバイト含)			
	場所	☐ 会社内 ☒ 道路上 ☐ 自宅 ☐ その他 ()			

上記内容に間違いありません。

自署にてご記入、ご捺印ください

作成日

令和 ● 年 ● 月 ● 日

届出者(被保険者) :
※未成年の場合は親権者等

美容 華子

美容

念書兼同意書

この届書に記載した保険事故について、健康保険法による給付を受けた場合は、健康保険法第57条（代位取得規定）に基づき、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を全日本理美容健康保険組合が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ありません。

なお、あわせて下記の事項を遵守することを誓約いたします。

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（または保険会社）側から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、かつ遅滞なく保険者に届け出ること。
4. 自動車損害賠償責任保険に被害者請求する場合には、必ず前もって保険者にその内容を申し出ること。
5. 上記のほか、全日本理美容健康保険組合が行う代位取得求償権の行使について協力します。

私の個人情報及びこの念書兼同意書の取り扱いにつき、次の事項に同意いたします。

1. 全日本理美容健康保険組合が損害賠償請求を行う際に、傷病に関する診療報酬明細書等の写しを、損害保険会社および自賠責保険へ提供すること。
2. 事故相手の加入する損害保険会社の保有する損害賠償に関する情報について全日本理美容健康保険組合が提供を受けること。
3. この念書兼同意書をもって上記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への同意を含むこと。
4. この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

全日本理美容健康保険組合 理事長 殿

作成日

令和 年 月 日

※未成年の場合は親権者等

住 所

被保険者
氏 名

自署にてご記入、ご捺印ください

印

誓約書

令和 年 月 日 場所 _____

において、私の _____ が責任を
の被った傷病 _____

もって返還す

全日本理美

加害者（相手方）に誓約いただくものです

加害者（相手方）の過失が少ない場合等、加害者（相手方）が誓約書の提出を拒む場合もありますが、その場合はその旨をメモ書き（例：誓約書は取れませんでした）で余白に記載してください

令和 年 月 日 _____

※未成年の場合は親権者等

郵便番号 _____

住 所 _____

電話番号 _____

加害者（相手方）の署名・捺印をもらってください
（未成年者の場合は、親権者等の署名・捺印）
任意保険の対応があれば、任意保険会社名・担当者名
を記入し押印してもらってください

氏 名 _____

印 _____

※「誓約書」は加害者（相手方）へお渡しください。

加害者の方へ

あなたの行為で負傷した相手が、その治療を健康保険で行った場合、かかった医療費等のうち自己負担分の損害賠償請求権は相手方にありますが、保険者が負担した費用（医療費、傷病手当金、療養費等）の損害賠償請求権は保険者に移転し、後日、健康保険組合から、あなたあてに損害賠償請求が行われます（健康保険法第57条）。
今後、以下の点にご留意ください。

- ①過失割合の決定事項等のため、事前に照会や通知を行います。必ずご覧ください。
- ②示談金を支払いされても、これが相手方が有する損害賠償請求権のみへの弁済の場合は、保険者が有する損害賠償請求権は消滅しません。示談金を支払う場合は、その内容・内訳をできる限り明確にしてください。
- ③自動車、バイク事故等で、あなたが任意保険に加入していて、その損害会社が社会保険との交渉を一切代行してくれる場合は、あなたあてには、特に文書等は送付されませんので、予めご了承ください。

人身事故証明書入手不能理由書

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が (人身事故扱いの交通事故証明書が添

「交通事故証明書」右下に記載されている照合記録簿の種類が、「物件事故」の場合や、「人身事故」の場合でも事故証明書に名前が記載されていない場合は記入が必要です

理由	○ 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため ○ 受傷が軽微で、短期間 ○ 公道以外の場所（駐車 ☒ 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。） 【理由】 事故当時、体に異常がなかったため、物件事故扱いだったが、後日痛み出し、病院で治療を受けたため。 ○ その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】
※ 該当する項目に○印をしてください。 ※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。	
◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。	
届出警察	☒ 警察 警察に事故の届出を行っている場合は、届出警察・担当官・届出年月日をご記入ください 1 日

裏面へ 交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。	
☒ 当事者	住所：〒 東京都 区 1-1 BIYOUビル101号室
☐ 目撃者	
☐ その他（ ※ 該当する項目に○印をしてください	氏名： 美容 華子 電話： 090- -
相手と連絡が取れないため、相手方から署名をもらうことができない	

(注) 当欄は、賠償を求める相手、運転者などの方、合には、賠償を受けた

事故の相手方、もしくは目撃者の方の署名・捺印がもらえない場合は、空白欄に理由を記入のうえ、被害者（親権者）が署名・捺印ください

例）・相手と連絡が取れないため、相手方から署名をもらうことができない
・相手が協力してくれないなど

（保険会社使用欄）

□ 人身事故としての警察へ

□ 請求関係書類の確認に
人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
月 年 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他（	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
月 年 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他（	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
月 年 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他（	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
◆ その他・特記事項		

【 事案情報 被害者名： 事故日： 年 月 日 】

○交通事故概要記入欄

（物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。）

発 生 年 月 日 時		年 月 日 時 分 頃 天 候			
発 生 場 所					
当 事 者	甲	住 所	電 話		
		氏 名	生 年 月 日	年 月 日 才	
		自 賠 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 号	
		登 録 番 号	交通事故証明書に当事者の名前が記載されている場合は、この欄は記入不要です) ・ 歩 行 ・ そ の 他		
	乙	住 所			
		氏 名	生 年 月 日	年 月 日 才	
		自 賠 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 号	
		登 録 番 号	事 故 時 の 状 況	運 転 ・ 同 乗 （ 甲 ・ 乙 ） ・ 歩 行 ・ そ の 他	
	丙	住 所	電 話		
		氏 名	生 年 月 日	年 月 日 才	
		自 賠 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 号	
		登 録 番 号	事 故 時 の 状 況	運 転 ・ 同 乗 （ 甲 ・ 乙 ） ・ 歩 行 ・ そ の 他	
	丁	住 所	電 話		
		氏 名	生 年 月 日	年 月 日 才	
		自 賠 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 号	
		登 録 番 号	事 故 時 の 状 況	運 転 ・ 同 乗 （ 甲 ・ 乙 ） ・ 歩 行 ・ そ の 他	
	戊	住 所	電 話		
		氏 名	生 年 月 日	年 月 日 才	
		自 賠 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 号	
		登 録 番 号	事 故 時 の 状 況	運 転 ・ 同 乗 （ 甲 ・ 乙 ） ・ 歩 行 ・ そ の 他	

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。