

「傷病届」等の提出にあたって

暴力・施設の設備不良・他人のペット・飲食店の食中毒などによるケガや病気については、健康保険により受診することはできません。

ただし、加害者が被害者に対して支払うべき医療費等を、健康保険組合が一時的に立替え、後日、加害者（保険会社）へ請求することが可能ですので、これらの対応を行なう場合は、早急に以下の提出書類を当健康保険組合に提出してください。

提出書類

- ① 傷病届（その1・その2）
- ② 損害賠償請求に関する申立書（被害者記入）
- ③ 誓約書（加害者記入）
- ④ 示談書の写し（示談が成立しているとき）
- ⑤ 事故発生状況及び事故現場の見取り図

注① 自分の過失が大きい場合でも、「傷病届」を作成する際には、当方を「被害者」、事故の相手方を「加害者」として記入してください。

注② 早期に示談を行なうと、示談後の医療費を相手方に請求することができなくなりますので、必ず事前に健康保険組合へ連絡のうえ、慎重に示談を行なってください。

傷病届

(その1)

<ご記入の前に> 業務上または通勤時の交通事故等は、健康保険で保険給付できません。
勤務先を通じて労災保険の手続きを行なってください。
 すでに健康保険で治療をされている場合は、当健康保険組合に連絡してください。

被 保 険 者	被保険者証 記号・番号	-	氏 名			
			生年月日	年	月	日生
	住 所	〒 -			日中連絡 の取れる 電話番号	- -
	勤務先名称				電話番号	- -
	勤務先の 所在地	〒 -			職 種	

受 診 者	氏 名				続 柄	住所 (被保険者住所と異なるとき)
	生年月日	年	月	日生		電話 - -

相 手 方 (加 害 者)	氏 名			住 所	電話 - -
	勤務先名称			勤務先の 所在地	電話 - -
	相手方が不明な場合、その理由				

必要事項を記入し、該当に○をつけてください。

事 故 の 内 容 等	発生年月日	年	月	日	午前・午後	時頃
	発生の場所					
	傷病名					
	事故の種別	自動車事故 ・ バイク事故 ・ 自転車事故 ・ 暴力 ・ その他 ()				
	何をしているとき	工作中 ・ 通勤時 ・ 私用中 () ・ その他 ()				
	種別	当 方	自動車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 徒歩中 ・ その他 ()			
		相手方	自動車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 徒歩中 ・ その他 ()			
	警察の届出	提出済(所轄署) ・ 未提出 ・ 不明				

受付日付印

受診した病院・薬局・整骨院等について記入してください。

治療 の 状 況	医療機関 名 称		所在地	
	治療期間	(自) 年 月 日 ~ (至) 年 月 日		自費・加害者負担・自賠責・健康保険
	医療機関 名 称		所在地	
	治療期間	(自) 年 月 日 ~ (至) 年 月 日		自費・加害者負担・自賠責・健康保険
	医療機関 名 称		所在地	
	治療期間	(自) 年 月 日 ~ (至) 年 月 日		自費・加害者負担・自賠責・健康保険
	治療終了・見込	終了 年 月 日・見込 年 月 頃・未定		

相手方 (加害者) の損害賠償 保険加入 状況	自賠責	保険会社	(担当者名)	取扱店 所在地	電話 - -	
		保 険 契約者名		住 所 (所在地)	電話 - -	
		登録番号 (車のナンバー)	車台番号	自賠責保険 証明書番号	第 号	
		保険期間	(自) 年 月 日 ~ (至) 年 月 日			
		自動車の 保有者名		住 所 (所在地)	電話 - -	
		加入の 有 無	任意保険に加入 している・していない	契約証書番号	第 号	
		保 險 加入	保険会社	(担当者名)	取扱店 所在地	電話 - -
		保 險 加入	保 險 契約者名		住 所 (所在地)	電話 - -
		保 險 加入	保 險 契 約 期 間	(自) 年 月 日 ~ (至) 年 月 日		

示談の 状 況	示談の成立	した (年 月 日) ※示談書のコピーを添付してください 交渉中・未定・しない (理由)			
	損害賠償の 受取状況	名 目	治療費・休業補償・その他 ()	受領日 金 額	年 月 日 円
		名 目	治療費・休業補償・その他 ()	受領日 金 額	年 月 日 円
		名 目	治療費・休業補償・その他 ()	受領日 金 額	年 月 日 円

損害賠償請求に関する申立書

以下の事故に関し、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について、健康保険組合が健康保険法第57条第1項の規定に基づき保険給付した価格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。

また、健康保険組合が、損害保険会社等へ医療費等の請求をする際、傷病名・医療費の額等が記載されている診療報酬明細書等の写しを活用すること及び損害保険会社等から必要事項の提供を受けることに同意します。

事故発生日 年 月 日

事故発生場所

被害者名

加害者名

年 月 日

大阪鉄商健康保険組合理事長 様

被保険者 住所

氏名

被扶養者 住所

事故の被害者が
被扶養者のとき

氏名

誓約書

以下の事故にともない、被害者 _____ がその傷病の治療に関し、健康保険法による保険給付を受けた場合については、その費用を加害者である私が責任をもって支払うことを誓約いたします。

事故発生日 _____ 年 月 日 午前・午後 時 分頃

事故発生場所 _____

大阪鉄商健康保険組合理事長 様

年 月 日

誓約者
(加害者)

住所 _____

氏名 _____

加害者が未成年の場合は、親権者名もご記入ください。

事故発生状況及び事故現場の見取図

事故発生状況	<p>1. なんのために(目的) _____</p> <p>2. どこからどこへ行くとき _____</p> <p>3. どこで(場所) _____</p> <p>4. 何をしていた(原因) _____</p> <p>5. どうなったか(内容) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
事故現場の見取図	<p>事故が発生した場所の見取図を記載してください。 (被害者と相手方の行動を点線で表示してください。)</p> <p style="text-align: right;">道幅はmで記入 被害者 □ 加害者 ■ それ以外 ◇ 進行方向 ↑</p>