

第三者行為による傷病届について

交通事故の場合で保険証を使用する際は、保険者(東京都医師国民健康保険組合)に速やかに事故発生状況等を届出することが義務づけられています。

下記の必要書類をご記入のうえ組合まで提出してください。

【必要書類】

- ① 第三者行為による傷病届
- ② 事故発生状況報告書
- ③ 念書
- ④ 交通事故証明書（交通事故の場合、コピー可）

注意事項

- ※ 通勤途中や仕事中の交通事故の時は、通勤・労働災害となりますので保険証は使用できません。
- ※ 届出書類をもとに組合が支払った費用の限度内で相手方が加入している自賠責保険または任意保険等に請求させていただきます。
- ※ 不用意に示談をして損害賠償請求権の全部または一部を免除すると、その内容によっては保険給付を受けることが出来なくなるなどの思わぬ損失を被る場合がありますので、示談内容があなたに不利益にならないよう十分に留意してください。

第三者行為による傷病届

様式第 28 号

○ 示談が成立しているときは示談書の写しを、損害賠償請求権の放棄その他の理由で請求権が消滅しているときはそのことを証する書類を提出してください。





















被害者	被保険者証の 記号番号ほか	記号 86-	氏 名		男・女	組合員との続柄																					
		番号	年	月	日生	満	歳																				
	個人番号																										
加害者（第三者）に関する こと	氏名ほか	氏名		男・女		年 月 日生																					
	住所ほか	〒		電話 ()																							
	自 賠 責 保 (加 害 者)	保険会社名																									
		保険契約者名		フリガナ 氏 名																							
		登録番号																									
		車台番号																									
		保険期間/自賠責番号		保険期間			自賠責証明書番号																				
	任意保険 (加 害 者)	保険会社名																									
		上記の担当支店・部署																									
		上記の所在地/直通電話		〒		直通電話																					
		上記の担当者氏名		フリガナ 氏 名																							
		保険契約者氏名		フリガナ 氏 名																							
		上記契約者住所		〒																							
保険期間/契約番号		保険期間			契約番号																						
事故の 状況	発生年月日	令和 年 月 日		午前/午後		時	分頃																				
	発生場所	〒																									
治療の 状況	傷病名及び 傷病の程度	(なるべく詳しくご記入ください)																									
	診療機関の 内 容	1. 診療機関名		治療開始日		令和 年 月 日																					
				TEL																							
		所在地 〒		入院の有無		有 ・ 無																					
		2. 診療機関名		治療開始日		令和 年 月 日																					
			TEL																								
所在地 〒		入院の有無		有 ・ 無																							
診療見込期間		令和 年 月 日		～令和 年 月 日・約 年 ヲ月間																							
<p>本件は、労災保険の給付対象となる業務上または通勤による交通事故ではないことを認め、上記のとおりお届けします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 〒</p> <p style="text-align: right;">電 話</p> <p style="text-align: right;">組合員氏名</p> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;"> 組合員個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> <p>東京都医師国民健康保険組合理事長殿</p>																											

注) 届出日現在に不明な事柄については、一応空白のまま提出し、後日分かり次第当組合の給付係（電話 03-3270-6434）宛に連絡して下さい。

受 付 印

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。

甲 (加害運転者)	氏名		乙 (被害者)	氏名		運転・同乗 〔・甲車 ・甲車以外の車 歩行・その他 ()																			
事故照会番号	第 号		車両番号																						
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 ・ 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) ・ 道路の状況 (直線 ・ カーブ ・ 平坦 ・ 坂 ・ 積雪路 ・ 凍結路)																								
信号又は標識	信号 (ある ・ ない) ・ 自分側信号 (青 ・ 赤 ・ 黄) ・ 相手方信号 (青 ・ 赤 ・ 黄) 駐停車禁止 (されている ・ されていない) ・ その他標識 ()																								
速度	甲車両 km/h (制限速度 km/h)		乙車両 km/h (制限速度 km/h)																						
事故現場における加害者と被害者との状況を図示して下さい。 (なるべく詳しく)	事故発生状況略図 (右下の図を使って、乙の立場で記入して下さい。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入して下さい。)																								
	<table><tr><td>甲車</td><td>...</td><td></td></tr><tr><td>甲車以外の車</td><td>...</td><td></td></tr><tr><td>進行方向</td><td>...</td><td></td></tr><tr><td>信号</td><td>...</td><td></td></tr><tr><td>一時停止</td><td>...</td><td></td></tr><tr><td>人間</td><td>...</td><td></td></tr><tr><td>自転車 オートバイ</td><td>...</td><td></td></tr></table>					甲車	...		甲車以外の車	...		進行方向	...		信号	...		一時停止	...		人間	...		自転車 オートバイ	...
甲車	...																								
甲車以外の車	...																								
進行方向	...																								
信号	...																								
一時停止	...																								
人間	...																								
自転車 オートバイ	...																								
上記の図の発生経緯を 書いて下さい。																									
被害者の負傷状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他 ()																							
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 () (パート・アルバイト含む)																							
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()																							
	労災特別加入	(被害者が代表取締役等役員の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無																							
上記の内容に間違いありません。																									
令和 年 月 日 届出者 (組合員) :																									
東京都医師国民健康保険組合理事長殿																									

念 書

令和 年 月 日、 _____ において
 _____ が、第三者（加害者） _____ の行為により受けた
 傷害について、国民健康保険の給付を受けた場合は、国民健康保険法第 64 条第 1 項の規
 定により、被害者が加害者に対して有する損害賠償請求権のうち、保険給付を行った価額
 を限度として、その請求権を保険者が代位取得、行使するものであり、従って、私が加害
 者に請求する損害賠償の価額には含まれないものであることを確認し、あわせて下記の事
 項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行う場合は、必ず事前に、その旨及び内容を貴職に申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者から金品を受けたとき、及び損害保険会社から賠償金を受け取ったときは、
 その内容と金額（評価額）、受領年月日を遅滞なく貴職へ届け出ること。
4. 治療が完了した場合には、治療完了日を速やかに貴職に報告すること。

令和 年 月 日

住 所 〒

電 話 ()

被 害 者 氏 名

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

組 合 員 氏 名

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

東京都医師国民健康保険組合理事長殿

(注) 被保険者が未成年者の場合は、親権者が念書を差し入れてください。