

届出についての説明

①『第三者行為・自損事故による傷病届』

届出者は被保険者(本人)です。

この届出がないと、健康保険による治療を受けることができません。

②『交通事故証明書(人身事故表示)』原本 ※写しは不可です

交通事故であること又は自損事故であることの証明として、必ず「原本」が必要となります。

また、健保組合が相手方の自動車保険会社に対して治療費等を請求する際に必要な書類となります。この証明書は、警察へ事故の届出をしていないと、交付してもらえません。

なお、「物損事故扱い」では相手方の自動車保険会社へ治療費等の請求ができませんので、必ず「人身事故扱い」であることを確認して下さい。

事情によりどうしても入手できない方は、健保組合までご連絡下さい。

<交通事故証明書のもらい方> <https://www.jsdc.or.jp/certificate/tabid/112/Default.aspx>

① 自動車事故が発生した都道府県の「自動車安全運転センター事務所」へ所定の郵便振替用紙を使って、「交通事故証明書」の交付を申請します。

※郵便振替用紙はどこの警察署、派出所、駐在所、損害保険会社、農業共同組合にも備え付けられています。

② 交付申請の手続きをしますと、自動車安全運転センター事務所から申請者の住所または申請者が希望するところへ、証明書が送られてきます。

③『事故発生状況報告書』

健保組合が相手方の自動車保険会社に対して治療費等を請求する際に必要な書類です。事実を正確に記入し、報告して下さい。

報告者は、被保険者でなくても結構です。事故の状況がわかる方が記入して下さい。

④『(事故相手方の)自動車保険加入状況』

健保組合が相手方の自動車保険会社に対して治療費等を請求する際に必要な書類です。治療費等の請求先となりますので、正確に記入(転記)して下さい。

自動車損害賠償責任保険(自賠責保険)、任意保険とも記入して下さい。

⑤『念書兼同意書』

記載内容をご理解のうえ、書面をもって同意していただく書類です。

この書類がないと、健保組合が立て替えた治療費を相手方の保険会社へ請求することができません。よって、同意いただけない場合や同意事項を遵守していただけない場合は、健康保険を使用することはできません。(健康保険は使用せず、ご自身で相手方へ請求)

⑥『誓約書』

相手方が負担すべき治療費は、健康保険を使うことにより安く済み、また治療が完治するまでの間、相手方に代わって健保組合が治療費等を立て替えることとなります。

したがって、後日その立て替えた治療費は、返納していただく必要があります。

「誓約書」は、その立替金の返納を相手方に約束してもらうための書類です。

万一、当方の過失が多くどうしても同意してもらえない場合は、その旨ご連絡下さい。

⑦『治療状況届』

届出時点での治療状況について報告していただく書類です。

交通事故による受診状況は、毎月健保組合で管理しています。

届出後、転院等をされましたら、その都度健保組合までご連絡下さい。

⑧『治療終了報告書』

健康保険による治療が終了したとき(固定症状含む)に、提出して下さい。

**内容確認のため、上記以外の書類の提出をお願いする場合があります。
提出していただく書類一式は、被保険者の方にも理解していただく必要があります。
提出前にコピーのうえ、控えとして大切に保管くださるようお願いいたします。**

係	係	事務長	常務理事

第三者行為・自損事故による傷病届

虚偽の内容を届け出ると、保険給付を受けられなくなる場合があります。

令和 年 月 日届出

被 保 険 者	被保険者証の 記号・番号	記号		氏名					⑤
	勤務先事業所名	番号		現住所	〒 -				電話 () -
		所属		電話	テレNo.	外線	()	内線	-
当 方 の 事 故 該 当 者	被保険者(本人) の 場 合	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				
	被扶養者(家族) の 場 合	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				
		続柄		職業 (学校名)					
事 故 相 手	事故相手	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				
		住所	〒						電話() -
	事故相手の 勤務先	名称		所在地					
事故相手が不明の場合(その理由)									
事 故 内 容	いつ(日時)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃 <input type="checkbox"/> 令和							
	どこで(場所)								
	なにを(目的)	<input type="checkbox"/> 業務中 ※ご家族のパート・アルバイト含む <input type="checkbox"/> 出勤・退勤途中 ※ご家族のパート・アルバイト含む <input type="checkbox"/> その他(詳しく記入)					原則、労災保険の適用となります。 健康保険は使用できません。		
	事故の概要							
	事故の種別	自動車・単車・自転車・歩行・殴打・刺傷・その他()							
	事故結果	即死・入院直後の死亡(死亡年月日)・治療(全治ヵ月) 入院中の死亡							
	所轄署	警察署	交番	未届(理由)					
過失の度合 (わかる範囲で)	自分がなんぶ(ぐらい)			相手がなんぶ(ぐらい)					
	0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10			0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10					

【提出書類】 ※書類は、ボールペンで記入し、すべて原本を提出して下さい。

- ①第三者行為・自損事故による傷病届
- ②交通事故証明書(原本を提出・交通事故以外の場合は不要)
- ③事故発生状況報告書 ★1
- ④事故相手方の自動車保険加入状況(自損事故の場合は不要) ★1
- ⑤念書兼同意書(自損事故の場合は不要)
- ⑥誓約書(自損事故の場合は不要)
- ⑦治療状況届 ★2
- ⑧治療終了報告書(健康保険での治療が終了した時点で提出)
- ★1 交通事故以外の場合は、事故(ケガ)の状況図、治療費の請求先がわかるものを添付して下さい。
- ★2 死亡の場合は、「死亡診断書」の写しを添付して下さい。

健保受付日付印
受付No.

＜交通事故証明書の見本＞

交通事故証明書																
東京都〇〇区〇〇町1丁目2番																
日本太郎 殿																
事故照会 番号	題 号 第 12345 号				甲・乙・との続柄 本人・代理人											
発生日時	平成 16 年 3 月 12 日 午前 9 時 30 分ころ															
発生場所																
甲	住所	東京都〇〇区〇〇町1丁目2番 (区〇〇-〇〇〇-1234)								甲・乙以外の当事者 加						
	氏名	氏名 日本太郎			生年 月日	昭和 32 年 10 月 3 日 男 (46歳)										
	車種	自家用 普通用自動車		車両 番号	品川3000000000000											
	自賠責 保険関係	有り 安全火災海上		証明書 番号	123456789											
	事故時の 状態	○ 運転・同乗(運転者氏名)・歩行・その他														
乙	住所	東京都△△市△△町1234番地 (区〇〇-〇〇〇-1234)														
	氏名	氏名 東京花子			生年 月日	昭和 30 年 5 月 27 日 女 (48歳)										
	車種			車両 番号												
	自賠責 保険関係			証明書 番号												
	事故時の 状態	○ 運転・同乗(運転者氏名)・歩行・その他														
事故類型	○ 人対車同	車 両 相 互						車 両 単 独				陪 切	不 - 調 査 中			
		正 面 衝 突	側 面 衝 突	出 合 い 頭 突	接 触	追 突	そ の 他	転 倒	踏 外 迫 死	衝 突	そ の 他					
<p>上記の事項を確認したことを証明します。</p> <p>なお、この証明は損害の種類とその程度、事故の原因、過失の有無とその程度を明らかにするものではありません。</p> <p style="text-align: center;">平成 16 年 3 月 20 日 自動車安全運転センター</p> <p style="text-align: right;">東京都事務所長 印</p>																
証明番号	12345				照会記録簿の種類	人身事故										

人身事故表示であること(相手がいる場合)

(事故相手方の) 自動車保険加入状況

事故相手の自動車保険加入状況を記入してください。

保険の種類		自動車損害賠償責任保険		任意保険	
契約内容				□加入(下に記入)・□未加入	
自動車保険証明番号		第 号		第 号	
保 險 会 社 名					
保 險 契 約 者	住 所	〒 -		〒 -	
	電 話	() -		() -	
	氏 名				
自 動 車	種 別				
	登録(車両)番号				
	車 台 番 号				
保 險 契 約 期 間		自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日 ()年間		自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日 ()年間	
自 動 車 の 保 有 者	住 所	〒 -		〒 -	
	電 話	() -		() -	
	氏 名				
	契約者との関係				
運 転 者	住 所	〒 -		〒 -	
	電 話	() -		() -	
	氏 名	性別()		性別()	
	保有者との関係				
損 害 賠 償 支 払 請 求 先 店 名	所 在 地	〒 -		〒 -	
	会社・支店名および担当課名	保険(株) 支店 課・SC		保険(株) 支店 課・SC	
	担当者氏名				
	電 話	() -		() -	
	備 考	任意一括請求		□有 ・ □無	

※下記書類を入手している場合は、添付してください。

- 1.相手方の自動車損害賠償責任保険、任意保険(加入している場合)の保険証コピー
- 2.損害賠償請求先の保険会社の担当者名刺コピー

JSR健康保険組合 殿

念書兼同意書

(事故発生日) (事故発生場所)
平・令 年 月 日 _____ において

(事故相手) (健康保険使用による治療者)
_____ と _____ との事故で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、私が事故相手に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条の規定によってJSR健康保険組合が保険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、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 保険会社を含む事故相手側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
2. 保険会社を含む事故相手側に白紙委任状を渡さないこと。
3. 保険会社を含む事故相手側から金品を受けたときは、受領年月日・内容・金額を漏れなく、かつ速やかに貴組合へ申し出ること。
4. 自賠償保険に被害者請求する場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。また、保険会社への提出書類一式(記入済)の写しを貴組合より求められた場合は、遅滞なく提出すること。
5. 貴組合が、保険会社を含む事故相手側へ損害賠償請求を行う際に、関係書類(診療報酬明細書等の写し)を保険会社等に対して提出することに同意すること。
6. 高額療養費または付加給付の受領について、貴組合の自動支給制度を利用せず、損害賠償金額が確定した後に私が書面により請求することについて同意すること。
7. 当該事故にかかる傷病が治癒したときは、速やかに貴組合へ届け出ること。
8. 上記のほか、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すること。

令和 年 月 日

住 所

被保険者氏名 ⑩

被扶養者氏名 ⑩

*被扶養者が受けた事故であるときは、連名でご記入ください。

JSR健康保険組合 殿

誓 約 書

(1) 事故発生年月日 平・令 年 月 日

(2) 事故発生場所 _____

(健康保険使用による治療者)

上記事故において、貴組合の _____ 殿に与えた傷病に関し、

その治療のため、健康保険法により貴組合が給付した医療費およびその他の給付金等につ

いては、過失の割合に応じて私が責任をもって貴組合へ返納することを誓約いたします。

令和 年 月 日

住 所

事故相手 氏 名 ⑩

電 話 番 号

住 所

親 権 者 氏 名 ⑩

(未成年の場合)

電 話 番 号

治療状況届

治療を受けている者の氏名 _____ (生年月日:昭・平・令 年 月 日)

治療状況について、わかる範囲で記入して下さい。(該当項目に○又は記入して下さい)

この事故で医師の治療を受けましたか		受けた・受けない	傷病名		
治療を受けた医師を関	受診	名称		入院	年 月 日 ~ 年 月 日
		所在地		通院	年 月 日 ~ 年 月 日
		治療費支払状況	自費・加害者負担・自賠責・健康保険・自分の任意保険(人身傷害保険)		
	した	名称		入院	年 月 日 ~ 年 月 日
		所在地		通院	年 月 日 ~ 年 月 日
		治療費支払状況	自費・加害者負担・自賠責・健康保険・自分の任意保険(人身傷害保険)		
	た	名称		入院	年 月 日 ~ 年 月 日
		所在地		通院	年 月 日 ~ 年 月 日
		治療費支払状況	自費・加害者負担・自賠責・健康保険・自分の任意保険(人身傷害保険)		
	機	名称		入院	年 月 日 ~ 年 月 日
所在地			通院	年 月 日 ~ 年 月 日	
治療費支払状況		自費・加害者負担・自賠責・健康保険・自分の任意保険(人身傷害保険)			
と	治療の経過状況	令和 年 月 日現在 入院中・通院加療中・治癒・中止・症状固定			
	治療見込み	(事故日又は記入日)			
	後遺症	ある・ある見込み・ない・ない見込み・不明			
休業損害補償	休業(治療)中の休業損害補償の方法(該当記号を○で囲み、必要事項は記入して下さい) ア. 相手の自賠責保険へ請求 イ. 相手の任意保険へ請求 ウ. 健康保険へ傷病手当金の請求予定 エ. 自分で加入している任意保険の人身傷害保険へ請求 オ. 補償なし(理由: _____) カ. その他(_____)				
示談の状況	示談の成立状況(該当記号を○で囲み、必要事項は記入して下さい) ア. 成立している(平成・令和 年 月 日) → 示談書の写しを添付して下さい イ. 成立していない ウ. 交渉中 エ. 損害賠償請求権を放棄する(した) 放棄した場合(平成・令和 年 月 日) 放棄の理由 [_____]				

※診断書の交付を受けているときは、その写しも添付して下さい。
 ※健康保険での治療が終了したときは、別紙「治療終了報告書」により、必ず報告して下さい。
 ※ご自身の人身傷害保険で対応された場合は、保険会社名がわかるもの(契約書コピーなど)を添付して下さい。 (R元.5)

健康保険による治療が終了した場合、健康保険組合まで提出して下さい

治療終了報告書

被保険者証の記号番号	治療を受けていた者の氏名	生 年 月 日
.....		S・H・R 年 月 日

事故年月日 平成・令和 年 月 日

受診医療機関名 _____

治療開始年月日 平成・令和 年 月 日

治療終了年月日 令和 年 月 日

上記のとおり、健康保険による治療が終了しましたので、報告します。

令和 年 月 日

住 所

被保険者 氏 名

⑧

電 話

<p>【提出先】 〒510-8552 三重県四日市市川尻町100 JSR健康保険組合 給付担当</p>
--