

記入例

第三者の行為による傷病届(交通事故以外)

被害者関係	健康保険 記号 - 番号 ②	記号 1	番号 XXXXX	届出日 ①	2021年 12月 22日		
	被保険者住所 ④	〒(170 —XXXX) 住所:東京都 豊島区 X-X-X					
	連絡先	日中連絡可能な電話番号: 080 (XXXX) XXXX					
	被扶養者が受けた事故であるとき ⑤	被扶養者氏名	健康 冬子	被保険者との続柄	長女		
⑥ 加害者関係	加害者	氏名	健保 花子	生年月日	□S 1年 12月 1日生 ☑H		
		現住所 電話番号	〒(XXX — 0013) XX 県 XX 市 XX 町 X-X-X 電話番号: 090 (XXXX) XXXX				
	加害者の 勤務先	名称又は氏名	株式会社〇〇〇				
		所在地又は住所 電話番号	〒(170 — XXXX) 東京都 XX 区 XXX X-X-X 電話番号: 03 (XXXX) XXXX				
加害者がわからないときはその理由							
⑦ 事故の内容	発生日時	2021年 12月 10日 午後 21時 00分頃					
	発生場所	池袋駅					
	負傷原因 (詳細に記入してください)	<input type="checkbox"/> 1.業務上の災害 <input type="checkbox"/> 2.通勤途上の災害		} …労災保険…	<input type="checkbox"/> ①認められた <input type="checkbox"/> ②認められなかった <input type="checkbox"/> ③これから手続する		
		<input checked="" type="checkbox"/> 3. 上記以外……………		}	<input checked="" type="checkbox"/> ①加害者がある <input type="checkbox"/> ②加害者はいない		
	警察官の立合	<input type="checkbox"/> 立会はあった <input type="checkbox"/> 警察へ未届出(理由:)		<input checked="" type="checkbox"/> 立会はない	<input type="checkbox"/> 立会はないが届出済		
所轄署 ⑧			警察署	交番			
過失の割合 ⑨	自分の過失		相手の過失				
	%		%				

受付日付印

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

GIB: 大槻事務所

PGF・CLIS・協栄年金ホーム・PGI・三栄収納サービス・PGリビングサービス・GIB労働組合: 各事業主の健康保険担当

※各事業主の健康保険担当一覧は右記QRコードからご確認ください

※特別退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。



⑩ 事故の内容	事故の状況	※何をしているときに受傷されたのか等、詳細に記入してください 池袋駅構内を歩行中、酒に酔った加害者に一方的に頭部を殴られた。 殴られた勢いで転倒し、頭部と手を負傷した。
------------	-------	--

⑪ 示談の内容	示談成立	年 月 日
	示談交渉中	年 月 日現在
	成立していないときはその理由	弁護士を挟み交渉中のため
	加害者より損害賠償を受けたとき	① 年 月 日: 円受領 ③ 年 月 日: 円受領 ② 年 月 日: 円受領 ④ 年 月 日: 円受領

⑫ 被害者の治療状況	治療開始年月日	2021年12月11日	治療費の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 健保・ <input type="checkbox"/> 自費・ <input type="checkbox"/> 加害者 <input type="checkbox"/> その他()	
	治療見込年月日	年 月 日	治療を受けた医療機関の記入順位は治療を受けた順から記入してください ↓		
	⑬ 治療を受けた医療機関	医療機関名	所在地	治療期間	
		1	〇〇〇脳神経外科病院		12月11日 ~ 月 日
		2	XXX 整形外科クリニック		12月13日 ~ 月 日
3				月 日 ~ 月 日	
4			月 日 ~ 月 日		

【確認書類】

(1)「第三者事故念書」(被保険者自身で記入する書類) / (2)「第三者事故用誓約書」(加害者に記入してもらった書類)

※示談をしたときは「示談書(写)」

健康保険法 施行規則 第六十五条(第三者の行為による被害の届出)

療養の給付に係る事由又は入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給に係る事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、被保険者は、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した届書を保険者に提出しなければならない。

- 一 届出に係る事実
- 二 第三者の氏名及び住所又は居所(氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨)
- 三 被害の状況

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

GIB: 大槻事務所
PGF・CLIS・協栄年金ホーム・PGI・三栄収納サービス・PGビジネスサービス・GIB労働組合: 各事業主の健康保険担当
※各事業主の健康保険担当一覧は右記QRコードからご確認ください
※特別退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。



受付日付印

次のような場合に、この届出書をご使用ください

健康保険法施行規則第 65 条により、第三者行為(他人による加害行為)により、負傷した場合には被保険者は「第三者行為による被害の届出」を提出しなければならないとされています

※第三者行為によりけが等をした場合には、その医療費は、加害者に負担していただきます

【記入要領(記入例の番号と照合してください)】

①届出日

書類の記入日をご記入ください

②健康保険記号・番号

健康保険証または資格確認書、資格情報のお知らせ等記載の「記号」と「番号」をご記入ください

③被保険者氏名

被保険者の氏名を自署でご記入ください

④被保険者住所・連絡先

被保険者の「住所」および日中連絡可能な「連絡先」をご記入ください

※書類に不明点や不備がある場合にご連絡させていただく場合がございます

⑤負傷者が被扶養者である場合

第三者の行為により負傷された方が、被扶養者の場合には被扶養者の「氏名」及び「被保険者との続柄」をご記入ください

⑥加害者関係

加害者の情報をわかる範囲でご記入ください

加害者が不明の場合は、不明である理由をご記入ください

⑦事故の内容

負傷された事故の内容をご記入ください

※負傷原因が業務上の災害の場合は労災保険へのお手続きが必要となります

⑧警察官の立合

負傷された事故について警察官による現場検証等があった場合にご記入ください

立ち合いのあった「警察署」や「交番」についてもご記入ください

⑨過失の割合

過失割合が決定している場合はご記入ください

不明や未定の場合は空欄で結構です

⑩事故の内容

負傷された事故のご状況を詳しくご記入ください

⑪示談の内容

負傷された事故について、加害者との示談状況についてご記入ください

また、示談が成立し、加害者より損害賠償金を受領した場合は、損害賠償金額や受領日もご記入ください

※示談を行った場合には、かかった医療費を加害者へ求償できなくなる場合がありますので、示談を行う前に、示談内容を当健保組合へご連絡ください

⑫被害者の治療状況

第三者行為により負傷したけが等の治療の状況についてご記入ください

治ゆ見込年月日について不明な場合は空欄で結構です

⑬被害者の治療状況

第三者行為により負傷したけが等の治療を受けられた医療機関についてご記入ください

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。

各事業主の健康保険担当			
事業主名		担当部署	
ジブラルタ生命保険株式会社		社会保険労務士法人 大槻経営労務管理事務所 以下イントラを確認いただき、専用の送付状貼付のうえ提出します。 格納場所：Gibraltar Web Portal > 給与厚生サービス > 社会保険サブメニュー	
事業主名	担当部署	事業主名	担当部署
ブルデンシャルジブラルタファイナンシャル生命保険株式会社	人事チーム	株式会社協栄年金ホーム	総務部
株式会社CLIS	人事総務部	株式会社三栄収納サービス	総務部
株式会社PGI	総務部門	ジブラルタ生命労働組合	総務担当
PGビジネスサービス株式会社	総務部	ジブラルタ健康保険組合	総務担当

第三者事故用念書

(場所)

(加害者氏名)

2021年 12月 10日 池袋駅において 健保 花子 の

(被害者氏名)

不法行為により 健康 冬子 の被った傷病について、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57条の規定によって、当健康保険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、次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談を行う場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ます。
2. 加害者に白紙委任状を渡しません。
3. 加害者側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、かつ遅滞なく貴組合に届け出ます。
4. 自動車損害賠償責任保険に対して被害者請求を行う場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ます。

2021年 12月 22日

被保険者住所： 東京都 豊島区 X-X-X

被保険者氏名（自署）： 健康 太郎

ジブラルタ健康保険組合 理事長 殿

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合
GIB：大槻事務所
PGF・CLIS・協栄年金ホーム・PGI・三栄収納サービス・PGビジネスサービス・GIB労働組合：各事業主の健康保険担当
※各事業主の健康保険担当一覧は右記QRコードからご確認ください
※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。



受付日付印

健-22③(2022.10)
ジブラルタ健康保険組合

第三者事故用誓約書

加害者 ⑤ 住所: XX 県 XX 市 XX 町 X-X-X
氏名: 健保 花子

被害者 ① 住所: 東京都 豊島区 X-X-X
氏名: 健康 冬子

事故発生日時: ② 2021 年 12 月 10 日 金曜日 21 時 00 分頃

事故発生場所: ③ 池袋駅

事故状況: ④ 加害者に一方的に殴られた

上記第三者行為による事故のため貴組合被保険者又は被扶養者(被害者)の被った災害に関する健康保険法に規定する保険給付費(治療費、傷病手当金等)については、加害者である私が責任をもって全額(被害者に過失がある場合は被害者の過失相当分を控除した額)支払うことを誓約いたします。

なお、示談を行う場合には、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ます。

⑥ 2021 年 12 月 15 日
住所: XX 県 XX 市 XX 町 X-X-X
⑦ 誓約者 氏名: 健保 花子
(自署)

⑧ 連帯保証人 住所:
氏名:
(自署)

ジブラルタ健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

GIB: 大槻事務所

PGF・CLIS・協栄年金ホーム・PGI・三栄収納サービス・PGビジネスサービス・GIB 労働組合: 各事業主の健康保険担当

※各事業主の健康保険担当一覧は右記 QR コードからご確認ください

※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。



次のような場合に、この申請をご使用ください

事故の相手(加害者)により記入が必要な書類となります

記入例①～④を被害者様(当組合加入者)によりご記入いただき、⑤～⑧については相手(加害者)へ記入を依頼してください

【記入要領(記入例の番号と照合してください)】

①被害者

被害者(当組合加入者)の「住所」「氏名」をご記入ください

②事故発生日時

「自動車事故証明書」等を確認いただき、事故発生日時をご記入ください

③事故発生場所

「自動車事故証明書」等を確認いただき、事故発生場所をご記入ください

④事故状況

事故の状況について簡単に文章でご記入ください

⑤～⑧については、相手(加害者)による記入が必要となります

未記入のまま相手(加害者)へ記入を依頼してください

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。

各事業主の健康保険担当			
事業主名		担当部署	
ジブラルタ生命保険株式会社		社会保険労務士法人 大槻経営労務管理事務所 以下イントラを確認いただき、専用の送付状貼付のうえ提出します。 格納場所：Gibraltar Web Portal > 給与厚生サービス > 社会保険サブメニュー	
事業主名	担当部署	事業主名	担当部署
ブルデンシャルジブラルタファイナンシャル生命保険株式会社	人事チーム	株式会社協栄年金ホーム	総務部
株式会社CLIS	人事総務部	株式会社三栄収納サービス	総務部
株式会社PGI	総務部門	ジブラルタ生命労働組合	総務担当
PGビジネスサービス株式会社	総務部	ジブラルタ健康保険組合	総務担当

※相手(加害者)によるご記入が難しい場合は、当健康組合へご連絡ください