

第三者の行為による傷病届

被害者関係	健康保険 記号 - 番号	記号	番号	届出日	年	月	日	
	被保険者住所	〒(—)						
	連絡先	住所: 日中連絡可能な電話番号: ()						
	被扶養者が受けた事故であるとき	被扶養者氏名			被保険者との続柄			
加害者関係	加害者	氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> S	年 月 日生	
		現住所 電話番号	〒(—)		電話番号: ()			
	加害者の 勤務先	名称又は氏名						
		所在地又は住所 電話番号	〒(—)		電話番号: ()			
	加害者がわからないときはその理由							
事故の内容	発生日時	年	月	日	午 前 後	時	分頃	
	発生場所							
	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 type="checkbox"/> 3. 上記以外……………		<input type="checkbox"/> ①.加害者がある (交通事故等) <input type="checkbox"/> ②.加害者はいない					
	事故の状況(何をしているときに受傷されたのか等、詳細に記入ください)							
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 自動車 事故 ・ <input type="checkbox"/> 自転車事故 ・ <input type="checkbox"/> 殴打 事故 ・ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> バイク						
	警察官の立合	<input type="checkbox"/> 立会はあった ・ <input type="checkbox"/> 立会はない ・ <input type="checkbox"/> 立会はないが届出済 ・ <input type="checkbox"/> 警察へ未届出						
	所轄署	警察署						交番
過失の割合	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。



健-23①(2024.12)
ジブラルタ健康保険組合

示談の内容	示談成立	年月日	成立していないときはその理由	
	示談交渉中	年月日 現在		
	自動車保険より 保険金を 受け取り たとき	① 年月日: 円受領 ② 年月日: 円受領		
	加害者より損害 賠償を受けたとき	① 年月日: 円受領 ② 年月日: 円受領	③ 年月日: 円受領 ④ 年月日: 円受領	
被害者の治療状況	治療開始年月日	年月日	治療費の区分 <input type="checkbox"/> 健保・ <input type="checkbox"/> 自費・ <input type="checkbox"/> 加害者 <input type="checkbox"/> その他()	
	治ゆ見込年月日	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下さい ↓	
	治療を受けた医療機関	医療機関名	所在地	治療期間
	1			月 日 ~ 月 日
	2			月 日 ~ 月 日
加害者の自動車保険加入状況	自賠責保険	<input type="checkbox"/> 入っている・ <input type="checkbox"/> 入っていない	入っていないときはその理由	
		車の保有者	氏名 登録住所 (〒 -) 電話番号: ()	
		保険証明番号	第 号	
		車の種別	車の登録番号	
		車台番号	保険加入機関 自: 年 月 日 (年) 至: 年 月 日	
	任意(対人)保険	契約保険会社名	名称 所在地 (〒 -) 住所: 電話番号: ()	
			<input type="checkbox"/> 入っている・ <input type="checkbox"/> 入っていない	入っていないときはその理由
		保険証明番号	第 号	
		契約保険会社名	会社名 会社所在地 (〒 -) 住所: 電話番号: ()	

【確認書類】

- (1)「事故発生状況報告書」 (2)「自動車事故証明書」
(3)「第三者事故念書」(被保険者自身で記入する書類) (4)「第三者事故用誓約書」(加害者に記入してもらう書類)
※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ビズネスサービス
・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-23②(2024.12)
ジブラルタ健康保険組合

事故発生状況報告書

保険 証明書番号	第 号	自動車の番号 (加害自動車)	
当事者	甲 氏名・連絡先	氏名: 電話番号: ()	
	乙 氏名・連絡先	氏名: 電話番号: ()	<input type="checkbox"/> 運転・ <input type="checkbox"/> 同乗 <input type="checkbox"/> 歩行・ <input type="checkbox"/> その他
天候	<input type="checkbox"/> 晴・ <input type="checkbox"/> 曇・ <input type="checkbox"/> 雨・ <input type="checkbox"/> 雪・ <input type="checkbox"/> 霧	交通 状況	<input type="checkbox"/> 混雑・ <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 閑散 明 暗 <input type="checkbox"/> 昼間・ <input type="checkbox"/> 夜間・ <input type="checkbox"/> 明け方・ <input type="checkbox"/> 夕方
道路状況	<input type="checkbox"/> 舗装していた <input type="checkbox"/> 歩道ある <input type="checkbox"/> 直線 <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 見通しよい <input type="checkbox"/> 積雪路 <input type="checkbox"/> 舗装していない <input type="checkbox"/> 歩道ない <input type="checkbox"/> カーブ <input type="checkbox"/> 坂 <input type="checkbox"/> 見通し悪い <input type="checkbox"/> 凍結路		
信号又は標識	<input type="checkbox"/> 信号ある <input type="checkbox"/> 駐停車禁止されている <input type="checkbox"/> その他標識あり() <input type="checkbox"/> 信号なし <input type="checkbox"/> 駐停車禁止されていない		
速度	甲車両	km/h(制限速度:	km/h)
	乙車両	km/h(制限速度:	km/h)
事故現場における自動車と被害者の状況を図示してください	事故発生状況概要図(道路幅をmで記入してください)		
上述図の説明を右欄に記入してください	<p>自動車 </p> <p>相手車 </p> <p>進行方向 </p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p>		

別紙「交通事故証明」に補足して上述の通り報告いたします。

健康保険 記号 - 番号	記号	番号	報告日	年 月 日
報告者(自署)				甲との関係() 乙との関係()

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。



健-23③(2024.12)
ジブラルタ健康保険組合

第三者事故用念書

(場所)

(加害者氏名)

年 月 日 において の

(被害者氏名)

不法行為により 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。

年 月 日

被保険者住所：

被保険者氏名（自署）：

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-23④(2023.5)

ジブラルタ健康保険組合

第三者事故用誓約書

加害者 住所：

氏名：

被害者 住所：

氏名：

事故発生日時： 年 月 日 曜日 時 分頃

事故発生場所：

事故状況：

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。

年 月 日

誓約者 住所：

氏名：

（自署）

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。



健-23⑤(2023.5)
ジブラルタ健康保険組合

同意書（事故用）

私（受診者）は、この事故に関して、健康保険診療を受けております。

その為、貴組合が、健康保険法第57条による損害賠償請求権の代位取得をし、損害賠償請求権を行使する際、加害者若しくは保険会社等へ当事故に関する「診療報酬明細書(写)」を送付する事について何ら異議なく同意いたします。

なお、私（受診者）が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険等への請求をし、保険金等を受領したときは、貴組合は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

記

事故発生日時： 年 月 日

事故発生場所：

- ※ 受診者ご自身でご記入ください。
- ※ 受診者が未成年の場合は被保険者をご記入ください。

同意日： 年 月 日

受診者住所：

受診者氏名（自署）：

- ※ 受診者が未成年の場合は、被保険者氏名もご記入ください。

被保険者氏名（自署）：

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。

