

記入例

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 ②	記号 00	番号 12345	届出日 ①	2021年 12月 22日	
	被保険者住所 ④	〒( 179 — 0018 ) 住所: 豊島区 東池袋 4-24-3			被保険者氏名 (自署) ③	健保 花子
	連絡先	日中連絡可能な電話番号: 000 ( 9876 ) 5432				
	被扶養者が受けた事故であるとき ⑤	被扶養者氏名			被保険者との続柄	
⑥ 加害者関係	加害者	氏名	第三者 タロウ		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> S 40年 12月 22日 生 <input type="checkbox"/> H
		現住所 電話番号	〒( 123 — 4567 ) 東京都豊島区 4-24-0 電話番号: 000 ( 1234 ) 5678			
	加害者の 勤務先	名称又は氏名 所在地又は住所 電話番号	けんこう株式会社 〒( — ) 電話番号: ( )			
	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		午前 午後	17時	30分頃
	発生場所	豊島区 池袋				
	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.これから手続きする	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3. 上記以外……………			<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 立会があった ・ <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	豊島 警察署 交番				
⑧ 過失の割合	自分の過失		相手の過失			
	%		%			

【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

⑨ 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	保険会社を通し交渉中			
	示談交渉中	2021年12月10日	現在				
	自動車保険より 自保受けたとき	①	年月日:	円受領			
	加害者より損害 賠償を受けたとき	②	年月日:	円受領			
⑪ 被害者の治療状況	治療開始年月日	2021年12月10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( )			
	治ゆ見込年月日	未定	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 ↓			
	⑫ 治療を受けた医療機関	医療機関名	所在地		治療期間		
		1	にこにこ整形外科	東京都豊島区		12月10日 ~ 月 日	
		2	ニコニコ鍼灸整骨院	東京都豊島区		12月20日 ~ 月 日	
3					月 日 ~ 月 日		
⑬ 加害者の自動車保険加入状況	自賠責保険	<input checked="" 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	第三者	タロウ	加害者との関係	本人
			登録住所	(〒123 - 4567) 東京都豊島区 4-24-0		電話番号:	000 (1234) 5678
		保険証明番号	第00001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)
	任意(対人)保険	<input type="checkbox"/> 入っている・ <input checked="" 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				
	⑭	契約保険会社名	名称	健康損害賠償保険株式会社			
			所在地	(〒345 - 6789) 住所: 東京都品川区40丁目1-2 電話番号: 00 (9999) 8888			
	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-23②(2024.12)  
ジブラルタ健康保険組合

**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

【任意保険加入の場合】

自分もしくは相手方が任意保険に加入している場合、「第三者の行為による傷病届」の作成援助が受けられる場合がございます。

損害保険会社へお問い合わせください

**【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あります

**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

「氏名」「生年月日」「現住所」等は「自動車事故証明書」に記載がございますのでご参考にしてください

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

「発生日時」「発生場所」は「自動車事故証明書」に記載がありますのでご参考ください

※負傷原因が業務上の災害の場合は労災保険への手続きが必要となります

**⑧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 未定の場合は空欄で結構です

**⑨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

※示談を行った場合、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、示談内容について、当健保組合へご連絡ください

**⑩示談した場合の保険金・損害賠償金受領状況**

示談が成立し、保険金や損害賠償金を受領済みの場合はご記入ください

**⑪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

治癒の見込年月日について不明な場合は空欄で結構です

**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を受けられた医療機関についてご記入ください

**⑬加害者の自動車保険加入状況**

加害者の「自賠責保険」加入状況について「自動車事故証明書」等をご参考の上ご記入ください

**⑭加害者の自動車保険加入状況**

加害者の「任意保険」加入状況についてご記入ください

**【提出書類】1.~6.は必ずご提出ください**

1.「第三者行為による傷病届(健-23①②)」

2.「事故発生状況報告書(健-23③)」

3.「第三者事故用念書(健-23④)」

4.「第三者事故用誓約書(健-23⑤)」

5.「同意書(事故用)(健-23⑥)」

6.「自動車事故証明書」

※損害保険会社等で取得済みであればそのコピー、未取得の場合は「自動車安全運転センター」で取得してください

7.「示談書(写)」※示談済の場合のみ

**【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

# 事故発生状況報告書

保険 証明書番号	①	第 001 号	自動車の番号 (加害自動車)	②	品川100あ0000
当事者	③	甲 氏名・連絡先	氏名: 第三者 タロウ 電話番号: 000 (1234) 5678		
		乙 氏名・連絡先	氏名: 健保 花子 電話番号: 000 (9876) 5432		<input checked="" type="checkbox"/> 運転・ <input type="checkbox"/> 同乗 <input type="checkbox"/> 歩行・ <input type="checkbox"/> その他
天候	④	<input checked="" type="checkbox"/> 晴・ <input type="checkbox"/> 曇・ <input type="checkbox"/> 雨・ <input type="checkbox"/> 雪・ <input type="checkbox"/> 霧	交通 状況	⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 混雑・ <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 閑散 明 暗 ⑥ <input checked="" type="checkbox"/> 夕方
道路状況	⑦	<input checked="" type="checkbox"/> 舗装していた <input type="checkbox"/> 歩道ある <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 見通し悪い <input type="checkbox"/> 凍結路			
信号又は標識	⑧	<input checked="" 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	⑨	甲車両	30	km/h (制限速度: 60	km/h)
		乙車両	0	km/h (制限速度: 60	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	⑩	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	⑪	赤信号で停止していたところ、相手車が追突してきた。			

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	⑫	記号	番号	報告日	⑬
		00	12345		2021年 12 月 22 日
報告者(自署)	⑭	健保 花子			甲との関係( ) 乙との関係( 本人 )

【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-23③(2024.12)  
ジブラルタ健康保険組合

**【記入要領(記入例の番号と照合してください)】**

**①保険証明書番号**

保険証明書番号をご記入ください

**②自動車の番号**

加害者の自動車の番号をご記入ください

**③当事者**

事故の当事者についてご記入ください

甲:加害者(第三者)

乙:被害者(当健保組合加入者)

**④天候**

事故当時の天候にチェックを入れてください

**⑤交通状況**

事故当時の交通状況にチェックを入れてください

**⑥明暗**

事故当時の明暗状況にチェックを入れてください

**⑦道路状況**

事故当時の道路状況にチェックを入れてください

**⑧信号又は標識**

事故現場の信号や標識についてチェックを入れてください

**⑨速度**

事故当時の走行速度をご記入ください

甲:加害者(第三者)

乙:被害者(当健保組合加入者)

**⑩事故現場における自動車と被害者の状況**

事故現場のご状況を図にしてご記入ください。道路幅や信号、標識などもできる限りご記入ください

**⑪事故現場の図の説明**

⑩の図に加えて文章で事故状況をご記入ください

**⑫健康保険記号一番号**

報告者の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」・「番号」をご記入ください

**⑬報告日**

書類の記入日をご記入ください

**⑭報告者**

報告者名を自署でご記入ください。報告者と甲または乙との関係についてもご記入ください

**【提出先】各事業主の健康保険担当**

※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にて提出して下さい。

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

内容を確認いただき、被保険者が記入・ご署名ください

## 第三者事故用念書

(場所)

(加害者氏名)

2021年12月10日東京都豊島区において第三者タロウの

(被害者氏名)

不法行為により**健保 花子**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：豊島区 東池袋 4-24-3

被保険者氏名（自署）：**健保 花子**

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

相手(加害者)の署名等が必要な書類となります

# 第三者事故用誓約書

加害者 ⑤  
住所：  
氏名：

被害者 ①  
住所： 豊島区 東池袋 4-24-3  
氏名： 健保 花子

事故発生日時： ② 2021 年 12 月 10 日 金 曜日 17 時 30 分頃

事故発生場所： ③ 東京都豊島区

事故状況： ④ 赤信号停止中に追突された事故

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 年 月 日  
住所：  
⑦ 誓約者  
氏名：  
(自署)

住所：  
⑧ 連帯保証人  
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

次のような場合に、この誓約書をご提出ください

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(当健保組合加入者)によりご記入いただき、⑤～⑧については事故の相手(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、事故の相手(加害者)による記入が必要となります

未記入のまま事故の相手(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

※事故の相手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

## 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： 2021年 12月 10日

事故発生場所： 東京都 豊島区

- ※ 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： 2021年 12月 22日

受診者住所： 豊島区 東池袋 4-24-3

受診者氏名（自署）：

健保 花子

- ※ 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）：

【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-23⑥(2023.5)  
ジブラルタ健康保険組合