

交通事故などの第三者行為にあったときは

(問い合わせ先)
土浦市国保年金課国保給付係
代表 029-826-1111 内線 2295・2246

●早めに届け出を

交通事故や傷害事件など、第三者(加害者)から受けたケガの場合でも、国民健康保険を利用して治療が受けられますが、必ず届け出が必要です。

●医療費は加害者負担が原則

第三者行為によるケガの治療に関わる医療費は、被害者に過失がない限り、原則として加害者が全額負担すべきものです。

したがって、国民健康保険を利用して治療を受けた場合、加害者が負担すべき医療費は、一時的に国民健康保険が立て替え、後で、国民健康保険から加害者に請求することになります。

●示談をする前に必ずご相談を

加害者との話し合いで示談が成立すると、示談の内容が優先され、国民健康保険が立て替えた医療費を加害者に請求できなくなることがありますので、示談は慎重に行ってください。

なお、示談を行う場合には、事前に国保年金課までご連絡いただき、示談成立後は、速やかに示談書の写しを提出してください。

●届け出に必要なもの

<提出書類>

【交通事故の場合】

- ・第三者行為による傷病届（交通事故）
- ・事故発生状況報告書（交通事故）
- ・交通事故証明書（コピー可）
- ・人身事故証明書入手不能理由書(事故証明書が物件事故扱いになっている場合)
- ・同意書
- ・誓約書（取得出来る場合のみ）

【交通事故以外の場合】

- ・第三者行為による傷病届（交通事故以外）
- ・事故発生状況報告書（交通事故以外）
- ・念書及び同意書
- ・誓約書（取得出来る場合のみ）

【マル福（医療福祉費）を受給している場合】

- ・第三者行為による被害届（医療福祉費）
- ・委任状（医療福祉費）

<来庁時に持参する物>

- ・保険証
- ・印鑑
- ・個人番号カード又は個人番号通知カード(マイナンバーがわかるもの)
- ・本人確認書類(運転免許証など顔写真付きのもの)

第三者行為による傷病届（交通事故以外）

記入例

被害者 (受診者)	被保険者 記号	土浦	被保険者 番号	999999 - 01 ^(枝番)
	氏名	土浦 一郎	S60 年 6 月 6 日生	世帯主との 続柄 子
	住所	土浦市大和町9-1	電話番号	080 (1234) 5678
	個人 番号	1234 5678 9012	個人番号（マイナンバー）を記入してください。 不明の場合は市で確認しますので空欄にしてください	
加害者 (第三者)	氏名 (名称)	高津 花子	H1 年 1 月 11日生	職業
	住所	土浦市下高津1-20-35	電話番号	090 (9876) 5432
加害者の 使用者・ 監督義務者等	氏名 (名称)	加害者が業務中に起こした事 故の場合には勤務先等を記入		
	住所	電話番号 ()		
傷病の発生	日時	事故日 令和〇年 〇月 〇日	午前/午後	〇時 〇分頃
	場所	土浦市桜町 桜川付近 遊歩道	事故の場所を具体的に記入 ※ビル名、お店の名前等	
傷病の程度	(医療機関での診断) 〇〇骨折, 〇〇捻挫, 〇〇打撲等 疾病名等を 具体的に記入			
国民健康保険 による診療	令和〇年 〇月 〇日 ~ 年 月 日 (入院 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無)			
診療を受けた 保険医療機関等 (接骨院などすべて)	土浦〇〇病院、高津〇〇接骨院			
傷病の原因 又は状況	【例1】 近所を散歩していたところ、散歩中であつた加害者飼犬に手を咬まれた。 【例2】 居酒屋で飲んでいたところ、他の客と口論になり暴力を受けて負傷した。			
損害賠償に関する 交渉の経過	相手との示談は <input checked="" type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 済んでいる (示談書等が <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 交渉中(話し合いが完了していないため)等			
国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおりお届けします。				
届出日	年 月 日	世帯主	住所	土浦市大和町9-1
		氏名	土浦 太郎	Ⓜ
		電話番号	029-826-1111	
(届出先) 土浦市長				
本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤によるものではありません。				
注	1 傷病の原因又は状況はできるだけ詳細に記入してください。 2 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に、例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受け取った、医療費、付添い費用はどちらで負担する、過失割合等を記入し、示談が成立したときは示談書の写しを提出してください。 3 後日調査の必要上、関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。			

記入例

事故発生状況報告書（交通事故以外）

加害者 (第三者)	高津 花子 相手氏名	被害者 (被保険者)	土浦 一郎
事故	ペットの噛みつき その他 () 第三者の暴力行為等による負傷		
※事故状況の説明を書いてください	<p>【例1】 近所の川沿いを散歩していたところ、散歩中であつた加害者の飼い犬が近づいてきたため、右手で頭をなでようとしたところ手を咬まれた。</p> <p>【例2】 〇〇でお酒を飲んでいたので、加害者のグループが絡んできて口論となった。 話をしているうちに、相手が激昂し素手で殴りかかってきて、右手で数発顔面を殴られ、負傷した。 その際に私は手を出しておりません。</p>		
	<p>事故発生状況略図 (被害の状況をできる限り詳しく図示してください。)</p> <div style="text-align: center;"> <p>桜川</p> <p>← 土浦駅</p> <p>飼主</p> <p>自分 ⊗ 犬</p> <p>遊歩道</p> <p>千束町 →</p> </div> <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>状況の説明と図は、出来るだけ詳しく書いてください。</p> </div> <div style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>枠内は必ず記入してください。</p> </div>		
被害者の負傷状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input checked="" 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 (アルバイト等含む) <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	労災特別加入※	<input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無 ※社長、役員等の経営者が加入する労災保険 勤務中等の事故で被害者が代表取締役等役員の場合のみ記入	

上記内容に間違いありません。

届出日
年 月 日

届出者氏名 土浦 太郎 世帯主
又は本人 (印)

被害者との関係 (世帯主)

念書及び同意書

事故日

令和〇年 〇月 〇日において(加害者)

相手氏名

高津 花子

(被害者) 土浦 一郎 の被った保険事故について、国民健康保険法(以下「国保法」という)の給付を受けた場合、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を、国保法第〇〇条の規定により、保険給付を行った価額の限度において(保険者) 土浦市 (以下「保険者」という。)が代位取得し、行使することについて同意し、かつ賠償金を受領することに異議がないことをここに書面をもって、申し立てます。

被害者氏名

なお、その他の助成を受けた場合も同様とし、あわせて次の事項を遵守することを誓います。

- 1 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって保険者にその内容を申し出ること。
- 2 万一、保険者に無断で示談を結んだ場合は、国保法第64条第2項の規定によって、保険者より給付を受けた価額の限度において損害賠償の責に任ずること。
- 3 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 4 加害者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、かつ遅延なく保険者に届け出ること。
- 5 治療が終了した場合、速やかに保険者に連絡すること。
- 6 保険給付後に負傷原因が給付制限に該当すると判断した場合、保険給付した医療費を速やかに保険者へ返還すること。また、保険者が医療機関へ診療報酬明細書を返戻することに異議を申し立てないこと。

また、次の事項に同意します。

- 1 損害保険会社等から受けた金品の有無及びその金額、内訳等の情報について、関係損害保険会社が保険者及び損害賠償金の徴収又は収納の事務を委託されている者へ情報を提供し、それらを受けること。
- 2 保険者が損害賠償請求事務において必要な診療報酬明細書及び傷病届等資料の写し、並びにこの念書及び同意書を関係損害保険会社へ提供すること。
- 3 保険者が保険給付又は損害賠償事務に必要なと認める場合、警察、地方公共団体、検察、医療機関、保険会社、他の保険者等の各機関に対し調査・照会を行い、回答を得ること。
- 4 保険者が前項の調査・照会によって各機関に資料の開示を求め、提供を受けること。
- 5 保険給付後に負傷原因が給付制限に該当すると判明した場合、保険者が医療機関に診療報酬明細書を返戻すること。
- 6 求償事務を保険者が必要とする範囲で茨城県国民健康保険団体連合会に委任すること。

届出日

年 月 日

(被保険者又は親権者)

住所 土浦市大和町9-1

氏名 土浦 一郎

印

土浦市長 殿

被害者(被保険者)の住所・氏名の署名捺印となりますが、被害者が未成年者及び心神喪失者等の場合は、監督義務者及び監督者の署名捺印となります。