

交通事故による負傷届について

この届出は、被保険者または被扶養者が第三者の不法行為（交通事故等）によって負傷し、健康保険で治療等を受けることとなったときに届出するものです。

健康保険で治療等を受けた場合、本来加害者が支払うべき治療費等を健康保険組合が負担したことになります。このため、被保険者等が加害者に対して有する損害賠償請求権を健康保険組合が代位取得し、健康保険組合が支払った治療費等を損害保険会社等に請求します。

労災（業務上や通勤途上での事故）に該当する場合は、健康保険での給付は受けられません。健康保険被保険者証を使用したときは、かかった治療費について返還していただくこととなります。速やかに労働基準監督署にご相談ください。

提出書類

○交通事故による負傷届

この届出は自分を被害者（乙）、相手を加害者（甲）としてご記入ください。

自分の過失割合が多く事故状況からして加害者となる場合でも、相手を加害者として記入してください。

○事故発生状況報告書

○交通事故証明書

自動車安全運転センターまたは、警察署で申請を行って取り寄せてください。

○人身事故証明書入手不能理由書

交通事故証明書の照合記録簿の種別が「物件事故」の場合添付してください。

○念書

○示談書の写し

示談がすでに成立している場合は、必ず添付してください。

○死亡の場合は死亡診断書

【問い合わせ先】

〒260-0026

千葉県千葉市中央区千葉港7-1

千葉県医業健康保険組合 医療給付課

TEL 043-241-8514

交通事故による負傷届

令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者証の記号		番号		職種	
	フリガナ					
	氏名					
	住所	TEL ()				
	勤務先名称					
	勤務先所在地	TEL ()				
フリガナ					続柄	
負傷者が被扶養者の場合はその者の氏名						
事 故 の 状 況	発生日時	平成・令和 年 月 日 / 午前・午後 時 分頃				
	発生場所(住所)					
	何をしている時に(詳細)	仕事中・通勤途中・私用・その他 ()				
警察への届出の有無		有：人身事故・物損事故 / ()警察署・派出所へ届出 無：(理由)				
他に負傷者がいる場合はその者の	氏名					
	住所	TEL ()				
治 療 の 状 況	医療機関名称	医療機関所在地	受診期間		治療費	
	1.	〒	入院	～	健康保険・自費	
			通院	～	その他 ()	
	2.	〒	入院	～	健康保険・自費	
			通院	～	その他 ()	
	3.	〒	入院	～	健康保険・自費	
		通院	～	その他 ()		
相 手 方 (加 害 者)	フリガナ					
	氏名					
	住所	TEL ()				
	勤務先名称					
	勤務先所在地	TEL ()				

事故の相手(加害者)の自動車保険加入状況

自 賠 責 保 険	保険会社名							
	取扱店							
	所在地			連絡先 TEL				
	保険契約者名			加害者との関係				
	住所			保有者との関係				
	自動車の種別		登録番号		車台番号			
	自賠責証明書番号			保険期間	自	年	月	日
					至	年	月	日
	自動車の保有者名			加害者との関係				
住所(所在地)			連絡先 TEL					
任 意 保 険	保険会社名							
	取扱店			担当者名				
	所在地			連絡先 TEL				
	保険契約者名			住所				
	契約証書番号			保険期間	自	年	月	日
					至	年	月	日
任意一括について	有 ・ 無	※任意一括とは、自賠責保険だけの対応ではなく、任意保険会社が対応している場合です。						
損 害 賠 償 内 容 と 状 況	示 談	示談した(年 月 日成立) ・ 示談交渉中 ・ 示談していない						
	賠 償 金	受領済み ・ 一部受領済み ・ 受領していない						
	示談の内容または交渉中の時は、その経過及び損害賠償受領状況							

この届に添えて提出する書類

1. 交通事故証明書
2. 事故発生状況報告書
3. 念書
4. 示談した場合は示談書の写し
5. 死亡した場合は死亡診断書