

交通事故などによって治療を受けられる方へ

第三者行為^(注1)によるケガの治療で国保又は後期高齢者医療の保険証を使用した場合、「第三者行為による傷病等原因届出書」を保険者^(注2)へ提出することが義務付けられています。



交通事故など第三者の行為によって受けたケガは、国保又は後期高齢者医療を使って治療を受けることができます。

ただし、治療費は加害者が全額負担(保険者7割又は8割+患者3割又は2割)することが原則です。保険者が一時的に立て替えた治療費(患者負担額^(注3)を除く)は、あとで加害者へ請求することになります。

※注1 第三者行為とは、交通事故など他人の行為によって受けたケガのことをいいます。

※注2 保険者とは、市町村・医師国保組合又は後期高齢者医療広域連合のことです。

※注3 患者負担額とは、病院の窓口で患者が一時的に立て替えた治療費(3割又は2割)のことです。

「第三者行為による傷病等原因届出書」の提出が必要なときはこんなときです。

交通事故にあった



他人の飼い犬(動物等)にかまれた



けんか等の傷害事件に巻き込まれた



ただし、こんなときは、

- 仕事や通勤中の事故
→ 労災保険の対象となります。
- 飲酒運転や無免許運転などの不法行為
→ 国保又は後期高齢者医療が使えないことがあります。
- 示談は慎重に！
→ 被害者・保険者が一時的に立て替えた治療費の請求が第三者に対してできなくなる可能性があります。

※詳しくは、市町村の国保・後期高齢者医療又は医師国保組合の担当窓口へ

〇〇〇 届け出のしかた 〇〇〇

必要書類

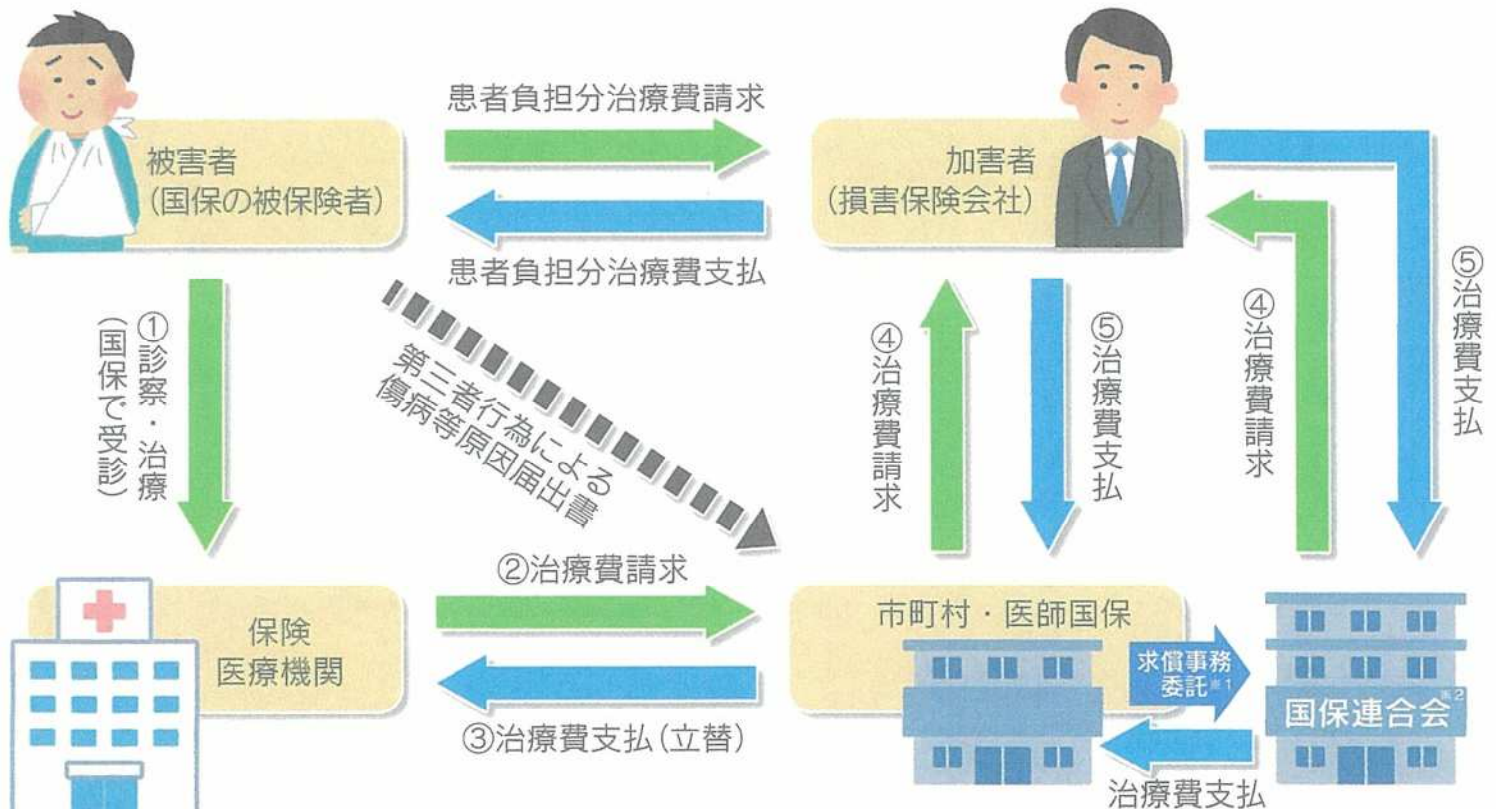
- 第三者行為による傷病等原因届出書(中面の書類) ○保険証 ○印鑑
- 被害者の個人番号カード、又は個人番号のわかる書類と本人確認書類(運転免許証やパスポート等)など ※国民健康保険法施行規則第32条6の規定による。



- ①必要書類の届出前に、お住まいの市町村の国保・後期高齢者医療又は医師国保組合の担当窓口へご連絡ください。(連絡先は、中面をご覧ください。)
- ②ご連絡後、担当窓口を訪ねていただき必要書類を提出してください。
- ③提出いただいた書類を基に、保険者の担当者又は国保連合会が、加害者や加害者が加入する損害保険会社などと連絡を取り、治療費(患者負担額^(注3)を除く)の請求などの交渉を行います。
- ④なぜ、届出が必要なのか?
届出がされないと、本来加害者が負担する分を保険者が負担することになります。届出が遅れた場合も同様で、いずれの場合も国保又は後期高齢者医療の負担が増え、加入者の保険税(料)の負担増加にもつながってしまいます。
第三者行為に該当する場合は必ず「第三者行為による傷病等原因届出書」を提出してください。

- ⑤主な流れ(図は国保の保険証を使った場合を示しています。後期高齢者医療も同様の扱いです。)

国保を使って治療を受けるときの流れ



※1: 国保法第64条第3項及び高確保法第58条3項による委託
※2: 国保法第83条第1項に基づき設立された団体

第三者行為に係る届出の提出必要書類

- ① 傷病原因届出書（給第 7-1 号様式）
- ② 事故発生状況報告書（給第 7-2 号様式）
- ③ 念書（給第 7-3 号様式）
- ④ 交通事故証明書

※傷病原因が交通事故の方は①～④をご提出ください。（④は交通安全運転センターにお取り寄せください。）

それ以外が傷病原因の場合は①、③をご提出ください。

令和 年 月 日

沖縄県国民健康保険団体連合会 事務局長 様

世帯主 住 所 _____
氏 名 _____
連絡先 _____ - (_____) - _____

傷 病 原 因 等 届 出 書

被保険者証番号	国 保 ・ 後 期 ・ 介 護		沖医国			
被保険者名等 (被害者)	フリガナ		生年月日		年 月 日	
	氏名		性別	男・女	職業	
負傷原因 (1～6の該当 する番号に○を つけて下さい)	1 交通事故 (自損事故以外)					
	2 交通事故 (自損事故)					
	3 傷害 (他人にケガを負わされた)					
	4 食中毒 (飲食店等、他人が提供したもので食中毒になった)					
	5 食中毒 (自分または家族が作ったもので食中毒になった)					
	6 工作中的事故 (勤務先) 名称					
	(勤務先電話) - () - 住所					
事故発生年月日	年 月 日		午前 ・ 午後		時 分 ごろ	
発生場所						
事故原因と状況						
警察署への届出	届出済 ・ 未届		届出所轄署			
加害者(第三者)	住所				電話	()
	氏名		性別	男・女	職業	
	車両番号			所有者		
	自賠償保険	保険会社・農協組合				
		証明書番号				
	任意保険	保険会社・農協組合				
		証券番号				

令和〇〇年〇〇月〇〇日

沖縄県国民健康保険団体連合会 事務局長 様

世帯主 住 所

氏 名

連絡先 - () -

傷 病 原 因 等 届 出 書

被保険者証番号	国保・後期・介護		沖医国 1 2 3 4 5 6			
被保険者名等 (被害者)	フリガナ	コクホ ハナコ	生年月日		S 1 1 年 1 1 月 1 1 日	
	氏名	国保 花子	性別	男・女	職業	医師
負傷等の原因 (1～6の該当する番号に○をつけて下さい)	① 交通事故(自損事故以外)					
	2 交通事故(自損事故)					
	3 傷害(他人にケガを負わされた)					
	4 食中毒(飲食店等、他人が提供したもので食中毒になった)					
	5 食中毒(自分または家族が作ったもので食中毒になった)					
	6 仕事中的事故 (勤務先) 名称					
	(勤務先電話) - () - 住所					
事故発生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 午前・午後 3時 00分ごろ					
発生場所	那覇市西町					
事故原因と状況	青信号で交差点に進入したときに、右折してきた対向車と衝突し、負傷した。					
警察署への届出	届出済・未届		届出所轄署		那覇警察署	
加害者(第三者)	住所	那覇市東町			電話	〇〇〇-(〇〇〇)-〇〇〇
	氏名	後期 太郎	性別	男・女	職業	
	車両番号			所有者		
	自賠責保険	〇 〇 〇 〇		保険会社・農協組合		
		証明書番号	〇〇〇〇〇〇			
	任意保険	〇 〇 〇 〇		保険会社・農協組合		
		証券番号	〇〇〇〇〇〇			

(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰ってください。※社長、役員等の経営者が加入する労災保険

念 書

令和 年 月 日（事故発生場所 ）において
（相手の名前 ）の不法行為により（貴方の名前 ）
の被った保険事故について、国民健康保険法により受けた保険給付は、私が加害者
に対して有する損害賠償請求権を、国民健康保険法第 6 4 条第 1 項の規定によって
（保険者名：沖縄県医師国民健康保険組合）が給付の価格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ありません。

なお、併せて次の 1， 2 及び 3 については遵守することを誓約し、 4 及び 5 につ
いては同意します。

- 1 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申出
承諾を得ること。
- 2 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 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、かつ遅滞なく貴職に届出ること。
- 4 本件保険事故に関する診療報酬明細書の写しを、沖縄県国民健康保険団体連
合会が損害保険会社等に提供すること。
- 5 本件保険事故により受診した医療機関等から、沖縄県国民健康保険団体連合
会が事故に関する診療状況等の情報の提供を受けること。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

沖縄県医師国民健康保険組合 理事長 殿

(給第 7-3 号様式)

<記入例>

(国 保)

念 書

令和〇〇年〇〇月〇〇日（事故発生場所 那覇市 西町）において
（相手の名前 国保 花子）の不法行為により（貴方の名前 後期 太郎）の
被った保険事故について、国民健康保険法により受けた保険給付は、私が加害者に
対して有する損害賠償請求権を、国民健康保険法第 6 4 条第 1 項の規定によって
（保険者名：沖縄県医師国民健康保険組合）が給付の価格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ありません。

なお、併せて次の 1，2 及び 3 については遵守することを誓約し、4 及び 5 につ
いては同意します。

- 1 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申出
承諾を得ること。
- 2 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 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、かつ遅滞なく貴職に届出ること。
- 4 本件保険事故に関する診療報酬明細書の写しを、沖縄県国民健康保険団体連
合会が損害保険会社等に提供すること。
- 5 本件保険事故により受診した医療機関等から、沖縄県国民健康保険団体連合
会が事故に関する診療状況等の情報の提供を受けること。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 那覇市西 3 - 1 4 - 1 8

氏 名 後期 太郎

印

沖縄県医師国民健康保険組合 理事長 殿

↑ ※被害にあったご本人の氏名

※本人が記入出来ない場合は代筆でも可