# 第三者行為（交通事故等）により医療機関等を受診する際の注意事項について

**【 交通事故等の負傷で組合員証等を使用して受診する場合は、共済組合への届出が必要です。】**

第三者行為（交通事故等）で負傷した際に組合員証等（健康保険証）を使用して医療機関等を受診する場合、本来、加害者が負担すべき医療費を共済組合が一時的に立替え、共済組合は、立替えた金額の範囲内で被害者が加害者に対して有する損害賠償請求権を代位取得することになります。

このため、第三者行為による負傷等で組合員証等の使用をする場合は、共済組合へ以下の届出が必要です。

提出書類へ必要事項を記入・押印のうえ、所属所の共済組合事務担当者へご提出ください。

**※ 届出に応じない場合・共済組合へ断りなく示談した場合（損害賠償請求権を放棄した場合を含む）の医療費は、全額返還していただきます。**

| ◆◆◆ 1～6の提出書類を事故発生日から1か月以内に一括して提出してください。◆◆◆ | | |
|---|---|---|
| 1 | 損害賠償申告書 | 必要事項を記入し、所属所長の証明を受けてください。 |
| 2 | 事故発生状況報告書 | 事故の状況等を詳しく記載してください。 |
| 3 | 念書兼同意書 | 共済組合が加害者へ損害賠償請求を行う際に必要ですので、内容を確認し、記入・押印してください。 |
| 4 | 誓約書 | 加害者（事故の相手）に記入してもらってください。<br>加害者の任意保険が一括して手続を行う場合、保証人欄は保険会社担当者に記入してもらってください。 |
| 5 | 交通事故証明書 | 交通安全運転センターで交付を受け、原本で提出してください。 |
| 6 | 人身事故証明書入手不能理由書 | 交通事故証明書右下の記載が物損事故扱いの場合、交通事故証明書に負傷者の氏名が記載されていない場合に提出してください。 |
| 7 | 傷病治癒報告書 | 治療が完了（症状が固定）したときにすみやかに提出してください。 |

＜届出に関する注意事項＞

- 就業時間中・通勤中の事故による負傷は公務災害または労災保険適用となりますので、組合員証等を使用した受診の対象にはなりません。（この場合、共済組合への損害賠償申告書等の提出は不要）
- 事故の過失割合に関わらず、組合員（被扶養者）を被害者として記入してください。
- 組合員側が100%加害者（センターラインオーバー、停止車両への追突など）の場合は「1　損害賠償申告書」、「2　事故発生状況報告書」、「7　傷病治癒報告書」の3点を提出してください。
- 単独・自損事故で負傷し、医療機関等を受診する場合は、「1　損害賠償申告書」と「7　傷病治癒報告書」の2点を提出してください。
- 相手のある事故の場合で、組合員証等を使用しない（全額を加害者・相手保険会社が負担）で受診した場合は「1　損害賠償申告書」のみ提出してください。

＜医療機関受診時の注意事項＞

- 交通事故等による負傷である旨を必ず申出してください。
- 同一の負傷について、医療機関と接骨院（整骨院）の両方に受診することはできません。

# 損　害　賠　償　申　告　書

| | | | |
|---|---|---|---|
| 組合員等<br>記号番号 | － | 組合員氏名 | |
| 被害者氏名(続柄) | (　　) | 被害者住所 | |
| 事故発生年月日 | 令和　　年　　月　　日　( 午前・午後　　時　　分頃 ) | | |
| 事故発生状況 | | | |
| 被害の状況及び<br>その見積額 | (傷病名) | (被害の状況及び治療費見込み額) | |
| | | (休業の状況)　有　・　無 | |
| 損害賠償に関する<br>交渉経過 | (賠償を受けた場合はその内容について具体的に記載してください。) | | |
| 医療機関への<br>受診状況 | (受診医療機関名１)　(初診日)　令和　年　月　日　(入院・通院の別)　入院　・　通院 | | |
| | (受診医療機関名２)　(初診日)　令和　年　月　日　(入院・通院の別)　入院　・　通院 | | |
| | (治療の状況)<br>☐ 治療継続中　☐ 治療終了　(令和　年　月　日) | | |
| | (組合員証・保険証の利用状況)<br>☐ 組合員証を使用した　☐ 組合員証は使用していない | | |
| | (医療費の窓口負担の状況)<br>☐ 加害者負担　☐ 医療機関から保険会社へ直接請求　☐ 組合員負担 | | |
| 加害者氏名<br>(事故の相手) | | 加害者住所 | |
| 加害者の自動車保険　自賠責保険会社 | | 任意保険会社 | |
| 加害者の自動車保険　証書番号 | | 証書番号 | |
| 加害者の自動車保険　契約者氏名 | | 契約者氏名 | |
| 加害者の自動車保険　担当者氏名 | | 担当者氏名 | |
| 加害者の自動車保険　担当者電話 | | 担当者電話 | |
| 被害者の任意保険 | (人身傷害補償保険への加入状況)　※ 加入有の場合、下記の該当箇所を○で囲む<br>☐ 加入無　☐ 加入有　( 請求中　・　請求した　・　使用しない )<br>【保険会社：　　】 | | |

上記のとおり申告します。

山形県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

申請者　住所

氏名　　㊞

(電話)　　－　　－

所属所
受付印

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和　　年　　月　　日

所属所長　職名

氏名　　印

(R7.4.1)

※ 加害者の氏名及び住所が明らかでないときは理由を付してその旨を記入してください。
※ 示談が成立している場合は、示談書のコピーを添付してください。