

交通事故診療における書類について

茨城県医師会

日頃、交通事故診療にご尽力いただきまして、誠に有り難うございます。

茨城県医師会労災・自賠責委員会では、会員の皆様の利益を守るべく活動しておりますが、損害保険会社の同意書を巡るトラブル、健康保険使用や診療打ち切りに関するトラブルが報告されております。

これらの問題は医療機関と患者との間に明確な約束がなされていないためと思われます。

この度、損害保険会社が持参する同意書の問題点を指摘し、医療機関で患者さんと交わす書類のモデル様式を作成しましたので、ご利用いただければ幸いです。(茨城県医師会ホームページ <http://www.ibaraki.med.or.jp/> からダウンロードできます)

平成21年1月

茨城県医師会労災・自賠責委員会

交通事故による受傷で健康保険を利用する場合の同意書

私は、平成 年 月 日 の交通事故による診療に関して健康保険を利用して受診いたします。健康保険を使用するにあたって、下記の事項に同意します。

私が健康保険で治療した場合は、損害保険会社所定の用紙でなく貴院所定の用紙により診断書等の書類を作成することに異議なく同意します。

以上

院長 殿

平成 年 月 日

(患者) 住所

氏 名

(印)

健康保険利用時の注意事項

- ① 国民健康保険、社会保険を利用する場合は、患者本人の意思によるものであり、損害保険会社からの指示によるものであってはならない。
- ② 患者さんが加入している健康保険組合（国民健康保険の場合は市町村）に第三者行為の届出をすること。

* 事故証明・事故発生状況報告書・示談書など複雑な書類を提出。

手続をしないと患者本人に残りの負担分を請求されることがあります。

同意書

院長 殿

私は、交通事故受診の際、損害保険会社 _____ へ
の一括請求に際して必要な病状に関する診断書及び診療報酬明細書を貴院から
損害保険会社へ直接提出することに同意いたします。

平成 年 月 日

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印 _____
(明治・大正・昭和・平成 年 月 日生)

電 話 _____ (_____)
【(患者様との関係： 本人・配偶者・親権者・その他 (_____))】

(注) 同意人が患者ご本人の場合は以下の記入は不要です。

住 所 〒 _____

患 者 氏 名 _____

誓 約 書

平成 年 月 日

院長 殿

平成 年 月 日の交通事故により私が受けた傷病に対する治療費について、損害保険会社が支払わない場合は、私が診療の都度支払います。

なお、健康保険の適用がある場合は、その基準によるものとし、また、自由診療契約に基づく治療費の場合は貴院の規定に従います。

契約者

氏 名 _____ 印 _____

住 所 〒 _____

電話番号 (_____) _____

勤 務 先 _____

勤務先電話番号 _____

連帯保証人

氏 名 _____ 印 _____

住 所 〒 _____

電話番号 (_____) _____

勤 務 先 _____

勤務先電話番号 _____

損害保険会社とのトラブル事案報告

茨城県医師会報告

平成 年 月 日提出

医療機関名	担当者名 (TEL) (FAX)
損害保険会社名	
患者氏名	年齢 (歳) 性別 (男 ・ 女)
傷病名 (治療内容)	
治療期間	1)入院治療 (年 月 日～ 年 月 日) 2)通院治療 (年 月 日～ 年 月 日)
治療費請求額	1)健保点数に準じて1点 (円) で請求 2)労災保険に準じて請求 治療費総額 (円) 不払い等の治療費額 (円)
トラブルの内容	1)不払い 2)値切り交渉 3)弁護士等の介入 4)その他 ()
----- トラブルとなった経緯、損保側からの具体的な内容についてご記載下さい。	

* 損保側からの具体的な内容についての文書がございましたら添付願います。

* 診断書、明細書につきましては、可能な範囲で添付願います。

同 意 書

特定する表記がのぞましい

平成 年 月 日

医療機関名： _____

医 師 名： _____ 殿

患者住所 〒 _____

患者氏名 明治
大正
昭和

生年月日 平成 年 月 日

不特定多数が利用できるのではダメ
人物が特定できる表現のものが必要

〇〇損害保険会社または本書を所持する同社委嘱の者が、上記患者の症状、治療内容、病歴等について照会し、必要により治療・検査記録、診断書等を受領することに同意します。
なお、本書のコピーも本書と同等の効力があるものと認めます。

コピーは絶対にダメ。不特定多数が利用できる

住 所 〒 _____

氏 名 (被保険者又は同居の親族) _____ 印

患者との続柄：本人
 (同意書が患者以外の場合) _____

交通事故診療における書類について

平成17年2月28日 初版発行

平成21年1月28日 改訂

発行 茨城県医師会

〒310-0852 水戸市笠原町4-8-9

TEL 029-241-8446 FAX 029-243-5071

URL <http://www.ibaraki.med.or.jp/>