

交通事故、自損事故、第三者(他人)等の行為による傷病(事故)届

届出者	被保険者証 記号番号		被保険者 氏名		⑨	職種		
	事業所名 (勤め先)			所在地 (勤め先)				
(受診者) 負傷者	氏名	男 才 女	続柄	住所				
	事故内容	自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・殴打・刺傷・その他()						
	警察への届出有無	有:人身事故・物損事故※注1 無:(理由)						
(第三者) 相手方	氏名	男 才 女	住所					
	勤務先 又は職業			所在地				
相手方が不明の理由								
事故発生	平成 年 月 日 (曜)	前後 時 分	発生場所	市 町 郡 村				
過失の度合	(自分) 被害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		(第三者) 相手方	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			
事故の相手の自動車保険加入状況								
傷病が交通事故によるとき	自賠責	保険会社名			取扱店所在地			
		保険契約者名 (名義人)	住所 (所在地)			関係	保有者との 加害者との	
		自動車の種別	府県名	登録番号	車台番号			
		自賠責証明書番号			保険期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日		
		自動車の保有者名			住所 (所在地)	加害者との 関係		
任意保険	任意	保険会社名			取扱店所在地			
		保険契約者名			住所 (所在地)			
		契約証書番号						
		保険契約期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	任意一括について ※注2 有 ・ 無				

※注1

物損事故で 処理した場 合	別途「人身事故証明入手不能届」の 提出を求める場合があります。
---------------------	------------------------------------


※注2

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。
--
























(受付日付印)

治療状況 (治療順)	①	名称	入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険								
		所在地	通院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険								
	②	名称	入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険								
		所在地	通院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険								
	③	名称	入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険								
		所在地	通院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険								
治癒見込み (治療終了日)		年 月 頃 (年 月 日 終了)		(注) 治療費の支払区分を医療機関に確認して○で囲んでください。 治療が終了しているときは、 最終受診日 をご記入ください。									
休業 補償	休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつける) ア 加害者が負担 イ 職場から支給 ウ 自賠償へ請求 エ 社会保険へ傷病手当金 オ その他 (被害者加入の人身傷害保険へ請求など) の請求予定												
示 損 害 談 賠 償 の 支 払 状 況	示談又は和解(該当に○をつける) ※示談している場合は、示談書の写しを添付すること した・交渉中・しない(理由) <hr/> 加害者や損害保険会社からの仮渡金・治療費・付添料などもらった場合や示談・話合い の状況を具体的に記入すること。 <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td style="width:50%">【受領日・金額】</td> <td style="width:50%">【受領したものの名目】</td> </tr> <tr> <td>月 日 円</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>月 日 円</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>月 日 円</td> <td>()</td> </tr> </table>					【受領日・金額】	【受領したものの名目】	月 日 円	()	月 日 円	()	月 日 円	()
【受領日・金額】	【受領したものの名目】												
月 日 円	()												
月 日 円	()												
月 日 円	()												
<p>交通事故以外の被害行為(飼犬等の咬傷を含む)の場合は、事故発生状況を下欄に具体的に記入して下さい。 ※交通事故の場合はこの欄に記入せず、事故状況発生報告書に記入ください。</p> <hr/> <p>(事故発生状況)</p>													

負傷原因報告書

被保険者記号番号		被保険者氏名	
事業所名		所在地	
職種		就業時間	時 分から 時 分まで
被扶養者が負傷したとき	氏名	被保険者との続柄	
<p>○ いつ(平成 年 月 日 (曜) 午前 時 分頃 午後 時 分頃)</p> <p>○ その日は 勤務日 公休日 会社の休日 私用で休み</p> <p>○ どこで(場所)</p> <p>○ なにをしているときですか ※具体的にご記入ください。 (なにをしに行くときですか)</p> <p>○ パート・バイト中の場合 ※被扶養者が勤務しているときはご記入ください。</p> <p style="margin-left: 40px;">勤務先名称 勤務先住所 (TEL - -)</p> <p>○ 出勤又は退社して帰宅中の負傷の場合は、会社から帰宅までを裏面に図示し通勤経路及び負傷場所を記入してください。</p> <p>○ 次の欄は該当するものの番号を○印で囲んでください。 1. 職務中に生じた 2. パート・バイト中に生じた 3. 私用中に生じた 4. 事業所内で生じた 5. 事業所内で休憩中に生じた 6. 出勤の途中 7. 退社して帰宅中 8. 自宅において 9. 会社主催の体育祭等において</p> <p>○ 他人の行為によって負傷させられたときは、その相手の</p> <p style="margin-left: 40px;">住所 氏名 (TEL - -)</p>			
<p>上記のとおり相違ありません</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;">被保険者の住所</p> <p style="margin-left: 150px;">氏名</p> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">  </div>			

事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第 号	当事者	甲 (相手・第三者)	氏名 (電話)																	
自動車の番号		乙 (受診者)	氏名 (電話)		運転・同乗 歩行・その他																
天 候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方																
道路状況	舗装 してある ・ 歩道(両・片) ある ・ 直線 ・ カーブ してない ・ 平坦 ・ 坂 ・ 見通し 悪い ・ 積雪路 ・ 凍結路																				
信号又は標識	信号 ある 自車側信号(青・赤・) 駐停車禁止 されている ない 相手側信号(青・赤・) されていない その他の標識																				
速 度	甲車両 km/h(制限速度 km/h)・乙車両 km/h(制限速度 km/h)																				
事故現場における自動車等と被害者との状況を図示して下さい。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。)																				
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>自 車</td><td></td></tr> <tr><td>相 手 車</td><td></td></tr> <tr><td>進行方向</td><td></td></tr> <tr><td>信 号</td><td></td></tr> <tr><td>一時停止</td><td></td></tr> <tr><td>人</td><td></td></tr> <tr><td>自 転 車</td><td></td></tr> <tr><td>バ イ ク</td><td></td></tr> </table>						自 車		相 手 車		進行方向		信 号		一時停止		人		自 転 車		バ イ ク
自 車																					
相 手 車																					
進行方向																					
信 号																					
一時停止																					
人																					
自 転 車																					
バ イ ク																					
上記図の説明を 書いて下さい。																					

別紙交通事故証明に補足して上記の通りご報告申し上げます。

平成 年 月 日

報告者 甲との関係()
乙との関係() 氏名

(印)

念 書

平成 年 月 日（相手方氏名）の行為に
(受診者) の被った保険事故について、健康保険法による保険給付
を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条第1項の
規定によって、東京都自動車整備健康保険組合が給付の価額の限度において取得行使し、
賠償金を受領されることに異議のないことを、ここに書面をもって申し立てます。

なお、保険事故が交通事故による場合は、東京都自動車整備健康保険組合が代位取得し
た損害賠償に対して自動車損害賠償責任保険から東京都自動車整備健康保険組合が優先
的に充当支払いを受けられることに異議ありません。

あわせて、次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず事前にその内容を申し出ること。
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、受領印、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

印

東京都自動車整備健康保険組合 理事長 殿

○

【この届書に添付して提出する書類】

1. 交通事故証明書（人身事故）
2. 診断書（写）
3. 死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書（写）
4. 示談をしているときは示談書（写）