

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	2101 123	被保険者 氏名	健康 一郎		職種	一般 事務		
	事業所名 (勤め先)	〇〇商事(株)		所在地 (勤め先)	〒141-8888 東京都港区芝公園●● TEL (03-\$\$\$\$-\$\$\$\$)				
負傷者 (受診者)	氏名	健康 一郎 (男) 41 才	続柄	本人	住所	〒141-8585 東京都品川区大崎 5-●-5 TEL (03-####-####)			
	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 )							
相手方 (第三者)	氏名	保険 太郎 (男) 19 才	住所	〒160-0023 東京都新宿区 △△10-20-30-123 TEL (03-****-####)					
	勤務先 又は職業	(株)〇〇物産	所在地	〒171-0072 東京都豊島区 △△12-23-34 TEL (03-****-****)					
相手方が不明の理由									
事故発生	令和24年 7月 1日(日 曜)	前 3時 30分	発生 場所	市 町 村	東京都豊島区 △△23-3路上				
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	保険会社名	〇〇損害保険(株)		取扱店 所在地	〒150-0041 東京都渋谷区 △△11-22-7 TEL (03-\$\$\$\$-####)			
		保険契約者名 (名義人)	保険 太郎	住所 (所在地)	東京都豊島区△△12-23-34	関係	保有者との 本人 加害者との 親権者		
		自動車の種別	自家	府県名	東京	登録番号	品川550ん 12**	車台番号	XYZ003 -1234**
		自賠責証明書番号	ABC9990009**		保険期間	自 令和22年10月1日 至 令和25年10月1日			
		自動車の保有者名	契約者に同じ		住所 (所在地)	契約者に同じ		加害者との 関係 親権者	
	任 意 保 険	保険会社名	〇〇損害保険(株) 中央サービスセンター		取扱店 所在地	〒104-0061 中央区△△7-77-7 担当者名 鈴木 TEL (03-####-\$\$\$\$)			
	保険契約者名	保険 健太郎		住所 (所在地)	〒171-0072 東京都豊島区△△12-23-34				
	契約証書番号	33575981**							
	保険契約期間	令和 22年 9月 1日 ~ 令和 25年 9月 1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	〇〇病院	入院	22年7月1日から24年7月15日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険								
		所在地	千代田区△△1-1-1	通院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険								
	②	名称	①に同じ	入院	24年7月16日から24年7月31日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険								
		所在地	①に同じ	通院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険								
	③	名称	〇〇クリニック	入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険								
		所在地	品川区△△3-1-1	通院	24年8月1日から24年8月30日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険								
治療見込み (治療終了日)	24年9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	<p>休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつける)</p> <p>ア 加害者が負担                      イ 職場から支給                      ウ 自賠責へ請求</p> <p>エ 社会保険へ傷病手当金の請求予定                      オ その他 (被害者加入の人身傷害保険へ請求など)</p>													
示談 害 談 償 の 支 状 状 況	<p>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</p> <p>した・交渉中・しない(理由)</p> <hr/> <p>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・話し合いの状況を具体的に記入すること。</p> <table border="0"> <tr> <td>【受領日・金額】</td> <td>【受領したものの名目】</td> </tr> <tr> <td>8月5日 100,000円</td> <td>( 医療費 )</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】	8月5日 100,000円	( 医療費 )	月 日 円	( )	月 日 円	( )
【受領日・金額】	【受領したものの名目】													
8月5日 100,000円	( 医療費 )													
月 日 円	( )													
月 日 円	( )													
<p><b>交通事故以外</b>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	2101	被保険者氏名	健康 一郎	
事業所名		所在地	〒141-8585 品川区大崎5-●-5	
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	健康 一郎	被保険者との続柄	本人
<p><input type="radio"/> いつ(令和 24年 7月 1日 ( 曜) 午前 3 時 分頃) <input type="radio"/> その日は 勤務日 公休日 会社の休日 私有で休み <input type="radio"/> どこで(場所)</p> <p><input type="radio"/> 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) 買い物に行く途中、信号のある交差点で、救急車が右から走行してきたため、停止したところ後方から追突された</p> <p><input type="radio"/> 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。 勤務先名称 勤務先住所 (TEL - - )</p> <p><input type="radio"/> 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><input type="radio"/> 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><input type="radio"/> 他人の行為によって負傷させられたときは、その相手の 住所 氏名 (TEL - - )</p>				
上記のとおり相違ありません 令和 24年 8月15日 被保険者の住所 〒141-8585 品川区大崎5-●-5 氏名 健康 一郎 (印)				



# 念書兼同意書

令和24年7月1日(場所) 豊島区△△23-3 路上 において(加害者) 保険 太郎 氏の不法行為により(被害者) の被った事故について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者等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、健康保険組合が給付の価額の限度において取得行使し、かつ損害賠償金を受領すること、及び当該求償事務に必要な範囲で当該事案に関する私の医療情報や事実関係等に関する個人情報を利用し、また加害者、医療機関、損害保険会社等から取得し、かつ弁護士等委託先の他加害者及びその代理人、加害者が加入する損害保険会社、裁判所及び裁判外紛争解決機関、私の代理人その他関係者等に提供することについて異議のないことを、ここに書面をもって申し立てます。

なお、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

- 加害者と示談を行う場合は、必ず前もって健康保険組合にその内容を申し出ること。
- 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 加害者側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、かつ遅滞なく健康保険組合に届け出ること。
- 自賠責保険に被害者請求する場合には、必ず前もって健康保険組合にその内容を申し出ること。

令和24年8月15日

被保険者 住所 品川区大崎 5-0-5

氏名 健康 一郎 ㊞

被扶養者 住所

氏名 ㊞

東京都自動車整備健康保険組合 理事長 殿