

第三者行為による傷病届

<被害者（被保険者・被扶養者）>

【交通事故】

被保険者	記号		氏名		TEL				
	番号		住所	〒					
	事業所名		課・所属		TEL	内線			
事故該当者	本人の場合	氏名	男・女	才	生年月日	年号	年	月	日
	被扶養者（家族）の場合	氏名	男・女	才	生年月日	年号	年	月	日
		職業				続柄			
治療状況	病院名				主傷病名				
	治療期間	自	年	月	～	至	年	月	治療中 ・ 治癒
	病院の住所	〒			TEL				
治療状況	病院名				主傷病名				
	治療期間	自	年	月	～	至	年	月	治療中 ・ 治癒
	病院の住所	〒			TEL				
人身傷害保険確認	被保険者又は被扶養者の自動車損害賠償保険契約（任意保険）について ・今回の治療にご自身の任意保険の人身傷害補償保険を使用していますか？ （ いる ・ いない ） （ いる ）の場合 ⇒ 加入保険会社名称（ ）連絡先（ ）担当者名（ ）								

<加害者（事故相手）>

加害者	氏名		男・女	才	生年月日	年号	年	月	日			
	住所	〒			TEL							
	勤務先名称				所属							
	勤務先住所	〒			TEL	内線						
自動車	車名				登録番号			車台番号				
	車両保有者名				加害者との関係	本人	従業員	家族	その他（ ）			
自賠責保険	保険会社名称				担当部署			担当者名				
	保険会社住所	〒			TEL							
	証明番号				契約期間	年	月	日	～	年	月	日
	保険契約者				加害者との関係	本人	従業員	家族	その他（ ）			
任意保険	保険会社名称				担当部署			担当者名				
	保険会社住所	〒			TEL							
	証明番号				契約期間	年	月	日	～	年	月	日
	保険契約者				加害者との関係	本人	従業員	家族	その他（ ）			

備考									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日受印

登録処理

<事故発生内容>

発年月日	年 月 日()		AM・PM	時 分頃
発生場所				
発生状況	業務中※		通勤中※	業務外※
種別	自動車事故	バイク 自転車 事故	殴打 殺傷	その他()
事故(被害)結果	即死	入院直後の死亡 入院中の死亡	(死亡: 年 月 日)	負傷
警察官の立会	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない			
所轄署	警察署			派出所
過失の割合 (判る範囲で可)	自分が何割		相手が何割	
	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	

※ 就業時間中、出勤途上中の負傷は労災保険適用です。健康保険は使用出来ません。

事故発生状況報告				
甲氏名 (加害運転者)	乙氏名 (被害者)	運転・同乗 歩行・その他()	自転車	
速度	甲車両 km/h(制限速度 km/h)	乙車両 km/h(制限速度 km/h)	相手車	
事故発生状況概略図 事故現場における状況を図示して下さい(道路幅をmで記入して下さい)			進行方向	
			信号	
			一時停止	
			一方通行	
			人間	
			自転車 バイク	
			接触点	
			天候・交通状況	
			路面の状況	
			信号機の作動状況	
			標識の有無・種類	
街路照明(夜間)				
建物・分離帯・歩道				
<概略図の説明・補足を詳しくご記入下さい>			立ち木・植込み	
			相手に気づいた地点	
			回避操作・有無・内容	
			太陽・ライトの幻惑	
<p><下記に当てはまる行為があれば、すべてにチェックして下さい。></p> <p>1 酒酔い(□0.15以上0.25未満 □0.25以上 □不明) 2 □ 酒気帯び 3 □ 薬物服用 4 □ 共同危険行為 5 □ 無免許</p> <p>6 □ 信号無視 7 □ 追越違反 8 □ 速度超過()km/h以上 9 居眠り 10 □ 携帯電話使用 11 □ 通行区分違反</p> <p>12 □ 割り込み運転 13 □ 交差点徐行違反 14 □ 左折不注意 15 右折不注意 16 □ 右側通行 17 □ 歩行者保護違反</p> <p>18 □ わき見運転 19 □ 無灯火 20 □ 一時停止違反 21 □ 後退不適當 22 遮断踏み切り立ち入り</p> <p>23 □ 車間距離保持違反 24 連続進行 25 □ シートベルト不着用 26 □ その他()</p>				

令和 年 月 日

【被保険者】

住所

氏名

㊟

【事故該当者】

住所

氏名

㊟

責任者	担当者

○ 交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です)

発生年月日時		年 月 日	午前 午後	時 分	頃	天候	
発生場所							
当事者	甲	住所	電話: ()				
		氏名	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日	()才	
		自賠償保険 契約先	自賠償保険 証明書番号				
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他			
	乙	住所	電話: ()				
		氏名	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日	()才	
		自賠償保険 契約先	自賠償保険 証明書番号				
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他			
	丙	住所	電話: ()				
		氏名	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日	()才	
		自賠償保険 契約先	自賠償保険 証明書番号				
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他			
	丁	住所	電話: ()				
		氏名	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日	()才	
		自賠償保険 契約先	自賠償保険 証明書番号				
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他			
戊	住所	電話: ()					
	氏名	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日	()才		
	自賠償保険 契約先	自賠償保険 証明書番号					
	登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				

※上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載して下さい。

人身事故証明書入手不能理由書

<個人情報の利用目的>

本状記載の個人情報につきましては、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の調査や関係する損害保険について損害保険会社間での確認を含みます)、保険金のお支払を行う為に利用させて頂きます。

御中

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教え下さい。

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者のお名前がない場合は、記入して下さい)

<p>理由</p> <p>※該当する項目に○印をして下さい</p> <p>※複数該当する場合はすべてに○印をして下さい</p>	<p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ(予定を含む)であったため</p> <p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した(もしくは終了予定のため)</p> <p><input type="radio"/> 公道以外の場所(駐車場・私有地等)で発生した事故のため</p> <p><input type="radio"/> 事故当事者の事情(理由を具体的に記載して下さい)</p> <p>【理由】</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載して下さい)</p> <p>【理由】</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

◆ 警察へ事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載して下さい。

届出警察	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	年 月 日
------	----------------------	-------	-------

右側の { 交通事故証明書が発行されていない場合、又は発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故該当者・発生日時・発生場所等を記入して下さい。

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の氏名・押印をお願い致します。

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。	
<p><input type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他()</p> <p>※ 該当する項目に○印をして下さい</p>	<p>住所 〒 _____ 記入日 令和 ____年 ____月 ____日</p> <p>_____</p> <p>氏名 _____</p> <p>電話 _____ () _____</p>

注) 当欄は賠償を求める側が直接、自賠償保険に請求(法第16条請求)する場合には、保険契約者側(契約者運転者等)の方、又は目撃者の方がご記入下さい。賠償をした側が請求(法第15条請求)する場合には賠償を受けた側の方、又は目撃者の方がご記入下さい。

(保険会社使用欄) 該当する□のすべてに☑する。

- 人身事故としての警察への届出の必要性について説明しました。
- 請求関係書類の確認により、又は以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

確認日	確認先	確認方法
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談

その他・特記事項 (_____)

【 _____ 被害者名: _____ 事故日: _____ 年 月 日 】

責任者	担当者

○ 交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です)

発生年月日時		年 月 日	午前 午後	時 分 頃	天候
発生場所					
当事者	甲	住 所	電話: ()		
		氏 名	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日()才
		自賠償保険 契約先	自賠償保険 証明書番号		
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
	乙	住 所	電話: ()		
		氏 名	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日()才
		自賠償保険 契約先	自賠償保険 証明書番号		
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
	丙	住 所	電話: ()		
		氏 名	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日()才
		自賠償保険 契約先	自賠償保険 証明書番号		
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
	丁	住 所	電話: ()		
		氏 名	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日()才
		自賠償保険 契約先	自賠償保険 証明書番号		
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
戊	住 所	電話: ()			
	氏 名	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日()才	
	自賠償保険 契約先	自賠償保険 証明書番号			
	登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他		

※上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載して下さい。

念書 兼 同意書

令和 年 月 日 (場所) _____ において (相手) _____ の
不法行為により(被害者) _____ の被った傷病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且つ賠償金を受領することに異議のないこと又、損害賠償請求行使に伴う
加害者側(保険会社を含む)への保険給付額の算出基礎となる資料提供及び既に受領した金品の有無、
並びにその金額、内訳等について情報提供を受けることに同意致します。
尚、あわせて次の事項を遵守することを誓約致します。

- 1 加害者側と示談を行う場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 2 加害者側に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 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)をまれなく、かつ遅滞なく貴職に
申し出ること。
- 4 自動車損害賠償責任保険に被害者請求する場合は、必ず前もって貴職に申し出ること。
- 5 治療完了(症状固定)したときは、遅延なく貴職に連絡すること。
- 6 健保組合より請求のあった資料については、ただちに提出すること。
- 7 前記各項に反して、健保組合に損害をかけたときは賠償義務を持つこと。
- 8 当該傷病により受診した医療機関から、貴職が診療状況等について説明をうけることに同意する。
- 9 当該傷病により請求及び受領した金額(内訳を含む)を損害保険会社等から、貴職が情報を受けること
またその額が健保給付金と重複した場合には貴職へ返還する(振込手数料負担の上)ことに同意する。
- 10 当該傷病に関する損害賠償請求権行使の資料として、診療報酬明細書等の写しを貴職が損害保険会社等
に対して使用することに同意する。
- 11 個人情報の取扱について、貴職が今回の事故について、業務遂行上必要な範囲で保険会社等から
情報を受けまた情報を提供することに同意する。

令和 年 月 日

【被保険者】

住所

氏名

Ⓜ

【被害者】

住所

氏名

Ⓜ