

第三者行為による傷病届

記入例

<被害者 (被保険者・被扶養者)>

【交通事故】

被保険者	記号	1010	氏名	大楠 太郎		TEL	03-123-1234		
	番号	111111	住所	〒107-8556 東京都渋谷区代々木2-7-7					
	事業所名	●●●株式会社		課・所属	●●課		TEL	03-111-1234 内線 8-11-1111	
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	大楠 花子		男・女	50 才	生年月日	年号 昭和 45 年 4 月 10 日	
		職業	無職(専業主婦)		続柄	妻			
治療状況	病院名	●●●総合病院			主傷病名	大腿骨骨折・全身打撲 他			
	治療期間	自 : 令和2年 5 月 ~		: 至 年 月		治療中 ・ 治愈			
	病院の住所	〒107-8556 東京都渋谷区代々木2-4-9			TEL	03-222-1234			
治療状況	病院名	●●●総合病院			主傷病名	大腿骨骨折・全身打撲 他			
	治療期間	自 : 令和2年 5 月 ~		: 至 年 月		治療中 ・ 治愈			
	病院の住所	〒107-8556 東京都渋谷区代々木2-4-9			TEL	03-222-1234			
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 ・ <u>いない</u>) (いる) の場合 ⇒ 加入保険会社名称(損害保険●●(株))連絡先(03-444-1234)担当者名(●●●●)								

<加害者 (事故相手)>

加害者	氏名	鈴木 一郎		男・女	47 才	生年月日	年号 昭和 48 年 6 月 15 日		
	住所	〒107-8111 東京都港区赤坂3-3					TEL	03-333-1234	
	勤務先名称	あけぼの商事(株)					所属	営業課	
	勤務先住所	〒107-8222 東京都港区六本木5-5-5			TEL	03-444-1234		内線 4567	
自動車	車名	ワゴン		登録番号	品川 330 は 33-55		車台番号	12345-678	
	車両保有者名	鈴木 一郎		加害者との関係	<u>本人</u> 従業員 家族 その他 ()				
自賠償保険	保険会社名称	日本海上火災保険(株)		担当部署	自賠償課		担当者名	山田	
	保険会社住所	〒107-6666 東京都港区赤坂3-4-5					TEL	03-555-1111	
	証明番号	ABC-11223344		契約期間	平成30年6月2日 ~ 令和3年6月1日				
	保険契約者	鈴木 一郎		加害者との関係	<u>本人</u> 従業員 家族 その他 ()				
任意保険	保険会社名称	東京損害保険(株)		担当部署	事故サービス課		担当者名	佐藤	
	保険会社住所	〒107-6666 東京都港区赤坂6-7-8					TEL	03-666-2222	
	証明番号	F300-5948J		契約期間	平成30年6月2日 ~ 令和3年6月1日				
	保険契約者	鈴木 一郎		加害者との関係	<u>本人</u> 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>

発生年月日	令和2年5月5日(火)			AM・PM	8時 30分頃
発生場所	東京都港区南青山1丁目(交差点)				
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	〇〇〇〇	警察署		〇〇	派出所
過失の割合 (判る範囲で可)	自分が何割 0, 1, ② 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10			相手が何割 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, ⑦ 8, 9, 10	

※ 就業時間中、出勤途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)	鈴木 一郎	乙氏名 (被害者)	大楠 花子	運転 同乗 歩行 其他()	自動車
速度	甲車両 60km/h(制限速度 40km/h)	乙車両	30km/h(制限速度 40km/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				
	立ち木・植込み				
<概略図の説明・補足を詳しくご記入下さい>					相手に気づいた地点
天候は晴 朝の通勤時間帯で交通量は多い 路面状態はドライ状態					回避操作・有無・内容
交差点で赤信号停止後、信号が青に変わったので直進方向に発進したら、					太陽・ライトの幻惑
左側から相手車が出てきて交差点内で衝突した。					
<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。>					
1 <input checked="" type="checkbox"/> 酒酔い(□0.15以上0.25未満 □0.25以上 □不明) 2 <input type="checkbox"/> 酒気帯び 3 <input type="checkbox"/> 薬物服用 4 <input type="checkbox"/> 共同危険行為 5 <input type="checkbox"/> 無免許					
6 <input type="checkbox"/> 信号無視 7 <input type="checkbox"/> 追越違反 8 <input type="checkbox"/> 速度超過()km/h以上 9 <input checked="" type="checkbox"/> 居眠り 10 <input type="checkbox"/> 携帯電話使用 11 <input type="checkbox"/> 通行区分違反					
12 <input type="checkbox"/> 割り込み運転 13 <input type="checkbox"/> 交差点徐行違反 14 <input type="checkbox"/> 左折不注意 15 <input checked="" type="checkbox"/> 右折不注意 16 <input type="checkbox"/> 右側通行 17 <input type="checkbox"/> 歩行者保護違反					
18 <input type="checkbox"/> わき見運転 19 <input type="checkbox"/> 無灯火 20 <input type="checkbox"/> 一時停止違反 21 <input type="checkbox"/> 後退不適當 22 <input checked="" type="checkbox"/> 遮断踏み切り立ち入り					
23 <input type="checkbox"/> 車間距離保持違反 24 <input checked="" type="checkbox"/> 連続進行 25 <input type="checkbox"/> シートベルト不着用 26 <input type="checkbox"/> その他()					

令和 2年 6月 1日

【被保険者】

住所 東京都渋谷区代々木2-7-7

氏名 大楠 太郎

事故該当者が被保険者の
場合は記入不要

【事故該当者】

住所 東京都渋谷区代々木2-7-7

氏名 大楠 花子

ご記入箇所

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いただきます。

御中

設問に沿ってご記入下さい

■ 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)

理由	<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 <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 <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 <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)
※該当する項目に○印をして下さい	【理由】
※複数該当する場合はすべてに○印をして下さい	<input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載して下さい) 【理由】

◆ 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	<input type="radio"/> 警察 <input type="radio"/> 担当官 (判明している場合)	届出年月日	令和□□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。

<input type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他() ※ 該当する項目に○印をして下さい	住所 〒107-8556 東京都渋谷区代々木2-7-7 氏名 太楠 花子 電話 03(111)1234	記入日 令和□□年□□月□□日
---	--	-----------------

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]

念書 兼 同意書

記入例

令和2年5月5日（場所）東京都港区南青山1丁目(交差点)において（相手）鈴木 一郎 の不法行為により(被害者) 大楠 花子 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)をもれなく、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 2 年 6 月 1 日

【被保険者】

住所 東京都渋谷区代々木2-7-7
氏名 大楠 太郎 ⑩

被害者が被保険者と同じか
または未成年の場合は記入不要

【被害者】

住所 東京都渋谷区代々木2-7-7
氏名 大楠 花子 ⑩