

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	届出番号	99999999 000	被保険者氏名	健保 一郎	職種	事務
	事業所名(勤め先)	(株) 食品	所在地(勤め先)	〒 佐賀市 × × × 町1-1-111 TEL(0952-11-1111)		
被害者(受診者)	氏名	健保 春子	男 32 才	続柄	妻	住所 〒840-8560 佐賀市 町9-9-9 TEL(0952-88-8888)
	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 (佐賀 警察署) 無:(理由)				
加害者(第三者)	氏名	協会 太郎	男 26 才	住所	〒 佐賀市 町 9-9-999 TEL(0952-66-9999)	
	勤務先又は職業	工業 (株)		所在地	〒840-8560 佐賀市 +++町 5-10-1 TEL(0952-99-9999)	
加害者が不明の理由						
事故発生	平成 20年 1月 1日(火曜)	前 11 時 15 分	発生場所	佐賀 市 駅南本 町 通		
過失の度合	(自分) 1・2・3・4 (5) 6・7・8・9・10	(相手) 1・2・3・4 (5) 6・7・8・9・10	加害者			
事故の相手の自動車 決まっている場合は記入してください						
傷病が交通保険に	保険会社名	取扱い店所在地		〒 ()		
	保険契約者名(名義人)	住所(所在地)		関係	保有者との関係 加害者との関係	
	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 至		
	自動車の保有者名	住所(所在地)		加害者との関係		
	任意保険	保険会社名	火災海上(株) 農協	取扱い店所在地	〒 担当者名 ()	
任意保険	保険契約者名	住所(所在地)		〒		
任意保険	契約証書番号	保険期間		自 至		
任意保険	保険契約期間	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)	名称	佐賀病院	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	佐賀市 町1-1	通院	20年 1月 1日から 20年 1月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
	名称	駅前医院	入院	20年 1月 3日から 20年 3月16日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
	所在地	佐賀市 町5-5	通院	20年 3月17日から 年月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
	名称	不明な場合は記入不要です			自費・加害者負担・自賠責・社会保険
	所在地				自費・加害者負担・自賠責・社会保険
治療見込み(治療終了日)		21年6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(保険会社)イ 職場から支給 ウ 自賠責へ請求 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) 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 受取済みのものがあればご記入ください [受領日・金額] [受領したものの名目] 月 日 円 () 月 日 円 () 月 日 円 ()				
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。					
(事故発生状況) 交通事故の場合は別紙に記入しますので、交通事故以外の時に記入が必要です。					

見本

業務上・通勤途上の場合には労災の確認をしてください。申請が必要な場合があります。

負傷原因報告書

被保険者記号番号	99999999 000	被保険者 氏名	健保 一郎	
事業所名	(株) けんぼ商事	所在地	佐賀市中央本通り6-1-12	
傷病名	両下肢骨折	就業時間	AM 9 時 00 分から PM 5 時 00 分まで	
被扶養者が負傷したとき	氏名	健保 春子	被保険者との続柄	妻
負傷の原因	○ いつ(平成 20 年 1 月 1 日(火曜) <input checked="" type="radio"/> 午前 6 時 15 分頃)			
	○ その日は 勤務日 <input checked="" type="radio"/> 公休日 会社の休日 私用で休み			
負傷の	○ どこで(場所)			
	佐賀市駅南本町4丁目4-4			
原因	○ 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			
(詳細に記述すること)	○ 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 - -)			
)	○ 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。			
	○ 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 <input checked="" type="radio"/> 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			
○ 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 佐賀市東佐賀町9-9-999 氏名 協会 太郎 (TEL 0952 - 66 - 9999)				
上記のとおり相違ありません				
平成 20年 2月 4日 被保険者の住所 佐賀市 町 9-9-9 氏名 健保 一郎 (印)				

見本

念 書

交通事故以外の場合に使用する書類

平成 20 年 1 月 1 日 (相手方氏名) 協会 太郎 の行為により (受診者氏名) 健保 春子 の被った保険事故について、健康保険法による保険 ご記入いただく欄 して有する損害賠償請求権を健康保険法第 5 7 条第 1 項の規定によって全国健康保険協会 佐賀支部が保険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。

あわせて、次の事項を守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。

ご記入いただく欄

平成 20年 2月 4日

被保険者

住 所 佐賀市 町 9-9-9

氏 名 健保 一郎

印

全国健康保険協会 佐賀 支部長 殿

損害賠償金納付確約書・念書

見本

相手に記入してもらふ書類

交通事故以外の場合に使用する書類

平成 20 年 1 月 1 日 (被害者) 健保 春子 様 に

傷害を負わせましたが、治療に際し全国健康保険協会が負担した診療費について、全国健康保険協会 佐賀 支部から請求を受けたときは、すみやかに納付することを確約します。

平成 20年 1月 29日

住 所 佐賀市 町 9-9-999

氏 名 協会 太郎 印

TEL ()

全国健康保険協会 佐賀 支部長 殿

【本件についてのご意見】 ご意見があればご記入ください。

相手に記入してもらえない場合は、その事情を記入してください。