

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	12345678 1	被保険者 氏名	協会 太郎 ⑩	職種	営業			
	事業所名 (勤め先)	〇〇商事株式会社		所在地 (勤め先)	〒 420-0000 静岡市葵区〇〇〇〇 TEL (054-000-0000)				
被害者 (受診者)	氏名	協会 太郎 男 33 才 女	続柄	本人	住所	〒 422-0000 静岡市駿河区〇〇〇〇 TEL (054-000-0000)			
	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 (警察署) 無:(理由)							
加害者 (第三者)	氏名	健康 花子 男 22 才 女	住所	〒 424-0000 静岡市清水区〇〇〇〇 TEL (054-000-0000)					
	勤務先 又は職業	〇〇工業株式会社		所在地	〒 424-0000 静岡市清水区〇〇〇〇 TEL (054-000-0000)				
加害者が不明の理由		ひき逃げのため(加害者が不明の場合のみ記入)							
事故発生	平成21年 2月 8日(月曜)	前 8 時 5 分 後	発生 場所	静岡市 市 葵区〇〇 町 × × 郡 村					
過失の度合	(自分) 被害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		(相手) 加害者	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	〇〇保険株式会社		取扱店 所在地	〒 422-0000 静岡市駿河区〇〇〇〇 TEL (054-000-0000)			
		保険契約者名 (名義人)	健康 一郎	住所 (所在地)	静岡市駿河区〇〇〇〇		関係 保有者との 加害者との		
		自動車の種別	普通乗用自動車	府県名	静岡県	登録番号	静岡500 あ〇〇〇〇	車台番号	GF-Z999Z
		自賠責証明書番号	Z999999		保険期間	自 平成 20年 10月 1日 至 平成 21年 9月 30日			
		自動車の保有者名	健康 一郎		住所 (所在地)	静岡市駿河区〇〇〇〇	加害者と の関係 父		
	任 意 保 険	保険会社名	〇〇保険株式会社 火災海上(株) 農協		取扱店 所在地	〒 422-0000 静岡市駿河区〇〇〇〇 担当者名 TEL ()			
		保険契約者名	健康 一郎		住所 (所在地)	〒 422-0000 静岡市駿河区〇〇〇〇			
		契約証書番号	Z-999-99999		保険期間	自 平成 20年 10月 1日 至 平成 21年 9月 30日			
		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。							

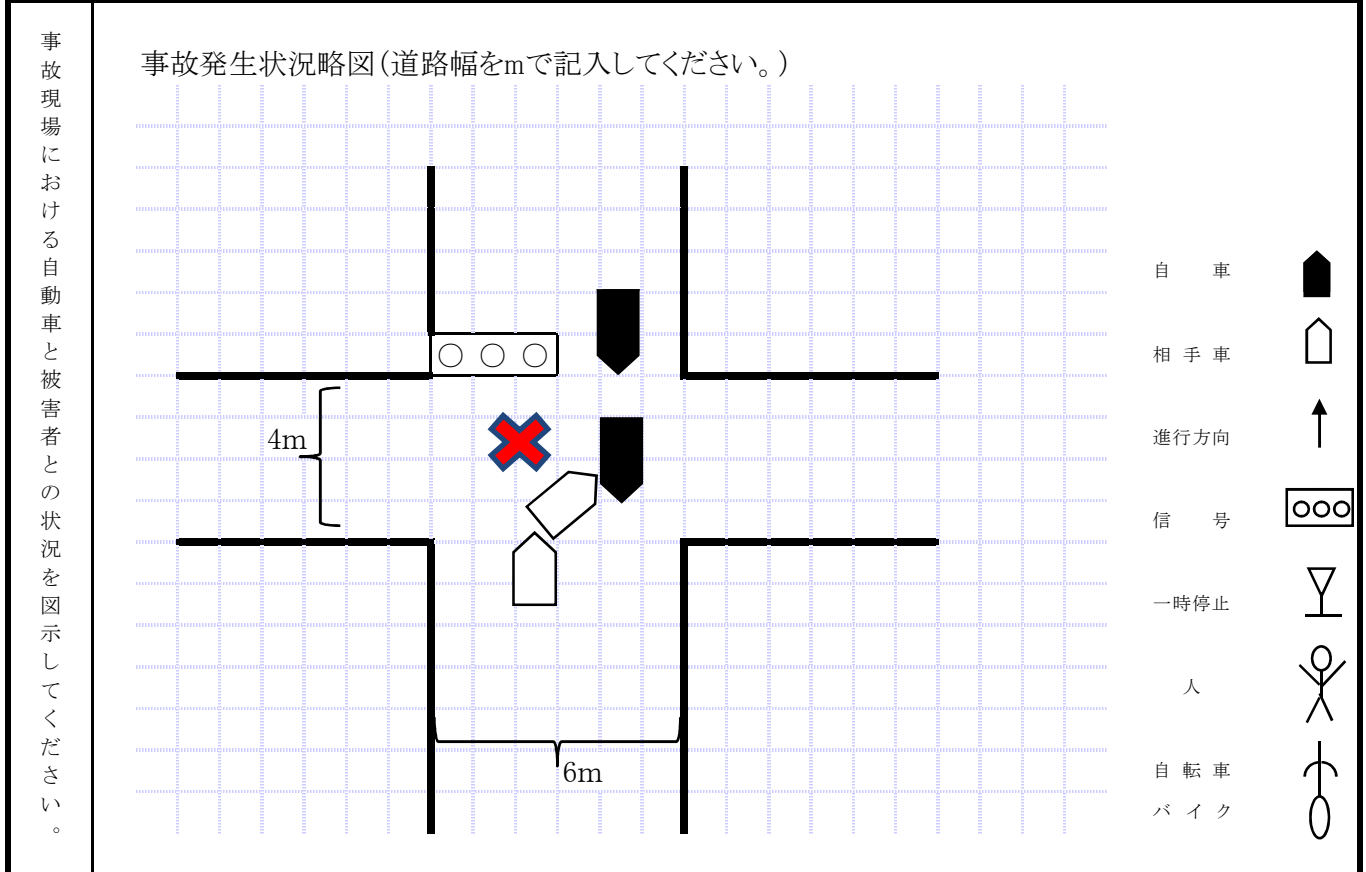
受付日付印

添付書類 交通事故証明書の写し(交通事故の場合)

治療状況 (治療順)	①	名称	〇〇病院	入院	21年 2月 8日から 21年 2月18日まで	自費・加害者負担・自賠責・ 社会保険								
		所在地	静岡市葵区〇〇	通院	21年 2月18日から 21年 2月28日まで	自費・加害者負担・自賠責・ 社会保険								
	②	名称	〇〇病院	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	静岡市葵区〇〇	通院	21年 3月 1日から 21年 3月20日まで	自費・加害者負担・自賠責・ 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・自賠責・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・自賠責・社会保険								
治癒見込み (治療終了日)	21年 3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) <input checked="" type="radio"/> ア 加害者が負担 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 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・ <input checked="" type="radio"/> 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>2月 28日 100,000円</td> <td>(休業補償)</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】	2月 28日 100,000円	(休業補償)	月 日 円	()	月 日 円	()
【受領日・金額】	【受領したものの名目】													
2月 28日 100,000円	(休業補償)													
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>														

事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第 Z999999 号	当事者	甲 (相手・第三者)	氏名 健康 花子 (電話) 054-000-0000	
自動車の番号	静岡500 あ0000	当事者	乙 (受診者)	氏名 協会 太郎 (電話) 054-000-0000	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 ・ してない ・ 歩道(両・片) ある ・ ない ・ 直線 ・カーブ 平坦 ・坂・見通し 良い ・ 悪い ・ 積雪路 ・ 凍結路				
信号又は標識	信号 ある ・ ない	自車側信号(青・赤・)	相手側信号(青・赤・)	駐停車禁止 されている ・ 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)



交差点内で乙車両が南向きで直進しているところに甲車両が急に右折してきたため

乙車両の側面に衝突したものである。

別紙交通事故証明に補足して上記のとお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(本人) 氏名 協会 太郎

念 書

平成 21年 2月 8日 (相手方氏名) 健康 花子 の行為により
(受診者氏名) 協会 太郎 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項の規定によって全国健康保険協会静岡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。

なお、保険事故が交通事故による場合は、全国健康保険協会静岡支部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全国健康保険協会静岡支部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、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。

平成 ○年 ○月 ○日

被保険者

住 所 静岡市駿河区○○○○

氏 名 協会 太郎

Ⓔ

全国健康保険協会 静岡支部長 殿

損害賠償金納付確約書・念書

(受診者氏名)

平成21年 2月 8日 協会 太郎 に傷害を負わせました

が、この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付価格の限度において、全国健康保険協会静岡支部が代位取得し、全国健康保険協会静岡支部から損害賠償金（保険給付）の請求を受けたときは、私の過失割合の範囲において納付することを確約しますので、保険給付してください。

なお、傷害が交通事故による場合は、全国健康保険協会静岡支部が代位取得した損害賠償に対して自動車損害賠償保険から、全国健康保険協会静岡支部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。

また、自動車賠償責任保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合で、全国健康保険協会静岡支部が私に請求したときは、損害賠償に応じることをあわせて確約します。

平成 ○年 ○月 ○日

損害賠償支払義務者（未成年の場合は親権者）

住 所 静岡市駿河区○○○○

氏 名 ○○保険株式会社 ㊞

TEL()

全国健康保険協会 静岡支部長 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。

同意書

私が事故で被った傷病により受けた健康保険法による保険給付は、健康保険法第57条の規定により、全国健康保険協会静岡支部が保険給付の価額の限度において、私が加害者に対して有する賠償請求権を取得することになります。

つきましては、全国健康保険協会静岡支部が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写し及び全国健康保険協会静岡支部への申請書類・添付書類の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、全国健康保険協会静岡支部は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

平成 ○年 ○月 ○日

同意者 (自賠責保険請求者)

住所 静岡市駿河区○○○○

氏名 協会 太郎 ㊞

自賠責証明書番号()

全国健康保険協会 静岡支部長 殿

<個人情報の利用目的>
本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。)、保険金のお支払いを行うために利用させていただきます。

人身事故証明書入手不能理由書

全国健康保険協会 静岡支部 御中

当 事 者	契約車両運転手(甲)	住所	静岡市清水区〇〇〇〇		TEL (054) 〇〇〇-〇〇〇〇
		氏名	健康 花子	生年月日	昭・平 62年 3月 3日(22)歳
		自賠責保険先	××海上火災保険株式会社	自賠責保険自証書番号	第 Z999999 号
		登録番号	静岡500あ〇〇〇〇	車台番号	GF-Z999Z
	受傷者(乙)	住所	静岡市駿河区〇〇〇〇		TEL (054) 〇〇〇-〇〇〇〇
		氏名	協会 太郎	生年月日	昭・平 51年 7月 10日(33)歳
		自賠責保険先	〇〇保険株式会社	自賠責保険自証書番号	第 Y999999 号
		登録番号	静岡400ん〇〇〇〇	事故の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
発生日	平成 23 年 2 月 8 日 午前 8 時 5 分ころ 天候(はれ)				
発生場所	静岡市葵区〇〇町 〇-〇 において				
届出警察	〇〇 警察 担当官()	届出年月日	20 年 2 月 8 日		
甲・乙以外 の 当事者	住所	氏名			
	自賠責保険先	自賠責保険自証書番号	第 号		
人身事故扱いの交通事故証明書を手に入れない理由 ケガが軽傷であったため、物損事故扱いとした					

上記理由により人身事故証明書は取得できませんが、人身事故の事実には相違ありません。

運転手(甲) 平成 年 月 日

被害者(乙) 住所 静岡市清水区〇〇〇〇

その他 () 氏名 健康 花子 TEL (054) 〇〇〇-〇〇〇〇

(注) 当該自認欄は、被害者請求(法第16条請求)の場合には、原則運転者側(甲)側の方がご記入ください。
加害者請求(法第15条請求)の場合には、原則被害者(乙)側の方がご記入ください。

(保険会社使用欄)

平成 年 月 日

本理由書および損害立証資料に基づき、人身事故の事実を確認しました。

損害立証資料のほか、当社の調査に基づき、人身事故の事実を確認しました。(別紙参照)

その他()

責任者	担当者