








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	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)	〒000-0000 大阪市××区××町1-1 TEL (××-××××-××××)			
被害者 (受診者)	氏名	健保 春子 	男 才	続柄	妻	住所	〒×××-×××× 大阪市 区 町2-2 TEL (××-××××-××××)	
	事故内容	自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・  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	協会 太郎 	才	住所	〒000-0000 大阪市 区 町3-3 TEL (××-××××-××××)			
	勤務先 又は職業	工業 (株)		所在地	〒000-0000 大阪市++区++町4-4 TEL (××-××××-××××)			
加害者が不明の理由								
事故発生	平成 25年 1月 1日(火曜)	前 後	9 時 15 分	発生 場所	大阪 	××区××	 1-1	
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 		
事故の相手の自動車保険 決まっている場合は記入してください								
傷病 が 交 通 事 故 に よ る と き	自 賠 責 保 険	保険会社名			取扱店 所在地	TEL ()		
		保険契約者名 (名義人)	住所 (所在地)		関係	保有者との		
		自動車の種別	府県名	登録番号	車台番号			
		自賠償証明書番号	保険期間		自	_____		
		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	保険会社名			取扱店 所在地	〒	担当者名 TEL ()	
		保険契約者名	住所 (所在地)		〒			
		契約証書番号	保険期間		自	_____		
		保険契約期間						

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、自賠償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	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	大阪市 区 町1 - 1	通院	25年 1月 1日から 25年 1月 3日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
	名称	医院	入院	25年 1月 3日から 25年 3月16日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
	所在地	大阪市 区 町2 - 2	通院	25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		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			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)	25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	<p>休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつける)</p> <p> <input checked="" type="radio"/> ア 加害者が負担 <input type="radio"/> イ 職場から支給 <input type="radio"/> ウ 自賠責へ請求 <input type="radio"/> エ 社会保険へ傷病手当金 <input type="radio"/> 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 </p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 相手方からの休業補償と社会保険からの傷病手当金を両方とも全額受けることはできませんので、傷病手当金の支給を受けた後、相手方から休業補償を支払われた場合はお返しいただくこともあります。 </div>								
示談賠償の支払状況	<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・<input checked="" type="radio"/> 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> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 受取済みのものがあればご記入ください </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">【受領日・金額】</th> <th style="width: 35%;">【受領したものの名目】</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">月 日 円</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">月 日 円</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">月 日 円</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> </tbody> </table>	【受領日・金額】	【受領したものの名目】	月 日 円	()	月 日 円	()	月 日 円	()
【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)

飲食店内でトラブルから口論となった末、相手方に殴られた

負傷原因

業務上・通勤途上の場合健康保険は使用できません。労災保険になりますので労働基準監督署へご相談ください。既に健康保険をご使用されている場合は一度お返しいただき、労災への切替をしていただく必要があります。

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) 食品	所在地	大阪市××区××町1-1	
職種	事務	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 （ 詳細に記述すること ）	<p><input type="radio"/> いつ(平成 25 年 1 月 1 日 (火曜) 午前 9 時 15 分頃)</p> <p><input type="radio"/> その日は 勤務日 公休日 会社の休日 私用で休み</p> <p><input type="radio"/> どこで(場所) 大阪市××区××町1-1付近</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) 友人と飲食</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</p> <p style="text-align: right;">住所 大阪市 区 町3-3 氏名 協会 太郎 (TEL ×× - ×××× - ××××)</p>
	上記のとおり相違ありません 平成 25 年 1 月 4 日 被保険者の住所 大阪市 区 町2-2 氏名 健保 一郎 印

念書

交通事故以外の場合に使用する書類

平成25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大阪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、金額をまれなく、すみやかに届出ること。

平成25年 1月 4日

被保険者

住 所 大阪市 区 町2-2

氏 名 健保 一郎



全国健康保険協会

大阪支部長 殿

損害賠償金納付確約書

交通事故以外の場合に使用する書類

平成25年 1月 1日 (被受害者) 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、全国健康保険協会大阪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25年 1月 4日

損害賠償支払義務者(未成年の場合は親権者)

住所 大阪市 区 町3-3

氏名 協会 太郎



TEL(xx-xxxxx-xxxxx)

相手方から署名捺印がもらえない場合はその理由をご記入ください。

全国健康保険協会 大阪支部長 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。

例) 自分の方が悪いので相手方から署名をもらうことはできません。