

記入例

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	記号 番号	1234567890 123	被保険者氏名	船保 太郎		生年月日	昭和 〇〇 年 1 月 23 日	
	事業所名 (勤め先)	〇〇海運(株) 職種(機関士)		所在地 (勤め先)	〒141-8888 東京都品川区△△7-7-7 TEL (03-\$\$\$-\$-\$-\$-\$)				
(被害者)	氏名	船保 太郎 男 〇〇 才		続柄	本人	住所	〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 TEL (03-#####-#####)		
	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(犬咬傷)							
	警察への届出有無	有: 人身事故・物損事故 ※注1(葛飾 警察署) 無: (理由)							
(第三者)	氏名	保険 健一 男 〇〇 才		住所	〒160-0023 東京都新宿区△△10-20-30-123 TEL (03-***-#####)				
	勤務先 又は職業	(株) 〇〇物産		勤務先 所在地	〒171-0072 東京都豊島区△△12-23-34 TEL (03-*****-*****)				
第三者(加害者)が未成年・責任無能力者の場合は、親権者・監督義務者の氏名・住所	氏名	保険 健太郎		関係	親権者	住所	〒160-0023 東京都新宿区△△10-20-30-123 TEL (03-***-#####)		
加害者が不明の理由									
事故発生	2018年 10月 1日 (土曜) 前後 3 時 分			発生場所	東京都葛飾区△△40-1				
過失の割合	(自分) 被害者	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			(相手) 加害者	0・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ものと疑われる	自賠責	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 加害者との
		自動車の種別			都道府県名	登録番号	車台番号		
		自賠責証明書番号				保険期間	自 年 月 日 至 年 月 日		
		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 取扱店名				取扱店所在地	担当者名 TEL		
		保険契約者名 (名義人)				保険契約者 住所	〒		
		契約証書番号				保険期間	自 年 月 日 至 年 月 日		
							任意一括について ※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

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者の記号番号を記入した場合は記入不要です)

治療状況 (治療順)	①	名称	〇〇病院	入院	28年10月1日から 28年10月15日まで	自費・加害者負担・自賠責・ 社会保険
		所在地	千代田区△△1-1-1	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
	②	名称	①に同じ	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	①に同じ	通院	28年10月16日から 28年10月31日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
	③	名称	〇〇クリニック	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	品川区△△3-1-1	通院	28年11月1日から 28年11月5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)		年 月 頃 (2018 年 11 月 5 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○をつけて下さい。)					
	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					
示談賠償の状況	示談又は和解(該当に○をつけて下さい) ※示談している場合は、示談書の写しを添付してください。					
	し た ・ 交渉中 ・ しない(理由)					
支払状況	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して下さい。					
	【受領日・金額】			【受領したものの名目】		
状況	11	月	5	日	100,000	円 (医療費)
		月		日	円	()
		月		日	円	()
(備考)						

記入例

負傷原因届(回答票)

負傷者がご加入者様がご家族の場合、該当しない項目もあり、該当しない項目もありません。必ずご確認ください。

負傷した方が記入 (被保険者が記入する場合)	記号・番号	記号	1234567890	番号	123	
	被保険者氏名	船保 太郎				
	被保険者住所	〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 TEL (03-####-####)				
	負傷した方	被保険者本人・被扶養者 (負傷者氏名:)				
	傷病名	犬咬傷				
	負傷日時	2018 年 10 月 1 日 午前・午後 3 時ころ 1. 出勤日 2. 休日(定休日・休暇を含む) 3. その他()				
	負傷したときの時間帯	1. 勤務時間中 2. 通勤途中(出勤・退勤) 3. 出張中 4. 休憩時間中 5. 私用中 6. その他()				
	負傷場所	1. 会社内 2. 道路上 3. 自宅 4. その他()				
	負傷したときの状況	1. 交通事故 2. 暴力(ケンカ) 3. スポーツ中(職場の行事・職場の行事以外) 4. 動物による負傷(飼い主有・無) 5. あてはまらない				
	負傷原因 何をしていたときにどこをどうしたのですか	河川敷を散歩していたところ、向側から来た〇〇(相手)の飼い犬に咬まれた。				
事故内容	1. 自動車・バイク事故 1. 第三者による加害行為(相手方判明・不明) ・追突される・車同士の衝突・助手席等に同乗 2. その他の事故 ・その他 犬咬傷 2. 自損行為					
通勤経路 ※通勤途中で負傷に限り記入してください	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">自 宅</div> <div>⇒</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">(徒歩・自転車等)</div> <div>⇒</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">駅・バス停等</div> <div>⇒</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">会社</div> </div>					
治療経過	2018 年 11 月 15 日 現在 1. 治癒 2. 治療継続中 3. 中止					
治療期間	2018 年 10 月 1 日 から 2018 年 11 月 5 日まで					

※下記欄は業務上及び通勤災害の場合のみ船舶所有者が記入してください。

回答票をご記入頂いた日をご記入下さい。

有・無	社員総数	名	業務内容
有・無	理由		
上記、本人の申し立てどおり、1. 業務上 2. 通勤災害 に相違ないことを認めます。			
所在地			
船舶所有者名称			
船舶所有者氏名			
ご担当者様連絡先		ご担当者様のお名前	
		連絡先	

記入例

事故発生状況報告書（交通事故以外）

甲 (相手・第三者)	(氏名) 保険 健一	乙 (受診者)	(氏名) 船保 太郎
事故発生状況	当時の行動を分かりやすく、詳しく記入してください。		
	河川敷を散歩していたところ、向側から来た甲の飼い犬に咬まれた。		
事故現場の見取図	事故が発生した場所の見取図を記載してください。 (当事者の位置や動きも、わかる範囲で記入してください。)		
	(見取図をご記入ください)		

※用紙が足りない場合は、適宜別紙を使用してください。

上記のとおりご報告申し上げます。

令和 1 年 11 月 15 日

報告者 (甲 ・ 乙)

船保 太郎

印

記入例

同意書

私が加害者（ **保険 太郎** ）に対して有する損害賠償請求権は、法令（※）により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、保険者が損害賠償額の支払の請求を加害者または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等の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等へ請求し、保険金等を受領したときは、金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、保険者が保険医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

さらに、私が70歳代前半の被保険者に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていた場合、当該軽減特例措置によって支給された一部負担金等の一部に相当する額について、国が加害者または加害者の加入する損害保険会社等に請求を行うこと、国が保険者に損害賠償額の支払の請求及び受領を委任すること並びに国から委任を受けた保険者が当該金額についての請求事務及び受領代行を外部機関に委託することについても同意します。

その上で、保険者が損害保険会社等から受領した金銭と被保険者が返還すべき額を相殺することに同意します。

また、保険者が保険給付又は損害賠償請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること、保険給付後の傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還することに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社・共済団体）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（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社・共済団体）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。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所 東京都千代田区富士見2-7-2 〇〇マンション201

氏名 **保険 花子**

（※）各保険における根拠法令は次のとおりです。

健康保険：健康保険法第57条、船員保険：船員保険法第45条、国民健康保険：国民健康保険法第64条1項、後期高齢者医療：高齢者の医療の確保に関する法律第58条1項

記入例

損害賠償金納付確約書

※相手に記入してもらう書類です。

2018 年 10 月 1 日 (被害者) 船保 太郎 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船員保険部が負担した
診療費等について、全国健康保険協会船員保険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認します。

令和 1 年 11 月 15 日

損害賠償支払義務者(未成年の場合は親権者)

住所 東京都新宿区△△10-20-30-123

氏名 保険 健太郎

TEL(03- * * * *-# # # #)

全国健康保険協会 船員保険部長 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。

例) ・相手と連絡が取れないため、相手方から署名等をもらうことができません。

・相手が過失を認めない。 ・係争中 など