

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	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
		所在地	①に同じ	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
	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15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)		2018 年 12 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○をつけて下さい。)	
	ア. 加害者が負担 <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険へ傷病手当金の請求予定	イ. 職場から支給 ウ. 自賠責へ請求 オ. その他 (被害者加入の人身傷害保険へ請求など)

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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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】
	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には、該当しない職務上の事故の有無を確認してください。

負傷した方が記入

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: 船保 花子)			
傷病名	両下肢骨折			
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 何をしているときにどこをどうしたのですか	買い物に行く途中、信号のある交差点で、救急車が右から走行してきたため、停止したところ後方から追突された。 <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">負傷したときの状況を出来るだけ詳しくご記入下さい。</div>			
事故内容	1. 自動車・バイク事故 2. その他の事故 1. 第三者による加害行為(相手方判明・不明) 2. 自損行為 ・追突される ・車同士の衝突 ・助手席等に同乗 ・はねられる ・その他()			
通勤経路 ※通勤途中での負傷に限り記入してください	自宅 ⇒ (徒歩・自転車等) ⇒ 駅・バス停等(経由地) ⇒ ⇒ ⇒ 会社			
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	年 月 日 から		年 月 日まで	

通勤、帰宅途上での負傷の場合にのみご記入下さい。上記以外の場合、ご記入は不要です。

記入例

※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下さい。

回答票をご記入頂いた日をご記入下さい。	有・無	社員総数	
労災確認の有無(無の時はその理由)	有・無	理由	

詳しい治療期間が分かれましたらご記入下さい。不明な場合は、大まかで結構です。

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

事故証明書 番号	第 0001 号	当事者	甲 (相手・第三者)	氏名 保険 健一 (電話) 03-****-####		
自動車の番号	品川 550 ん 12**		乙 (受診者)	氏名 船保 花子 (電話)03-####-#### 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 <input checked="" type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない	歩道 (両・片)	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	直線	カーブ	
信号又は標識	信号 <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	自車側信号	<input checked="" type="checkbox"/> 青 <input type="checkbox"/> 赤	駐停車禁止	<input checked="" type="checkbox"/> されている <input type="checkbox"/> されていない	その他の標識
速度	甲車両 45 km/h (制限速度 40 km/h)	乙車両	0 km/h (制限速度 40 km/h)			

事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください。	<p>事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)</p>
	<p>上記図の説明を書いてください。</p> <p>信号のある交差点で、救急車が右から走行してきたため、停止したところ後方から追突された。</p>

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。

令和 1 年 11 月 15 日

報告者

甲との関係 ()

乙との関係 (本人)

氏名 船保 花子



記入例

同意書

私が加害者（保険 健一）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。

- 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。
- 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 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。
- 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 ○ 年 ○ 月 ○ 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 ○○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・念書

※交通事故の相手に記入してもらおう書類です。

(受診者氏名)

2018年10月1日 船保 花子 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、全国健康保険協会船員保険部が代位取得し、全国健康保険協会船員保険部から損害賠償金(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、全国健康保険協会船員保険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、全国健康保険協会船員保険部が充当支払いを受けられることに異議ありません。

また、自動車損害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、全国健康保険協会船員保険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。

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た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

記入例

人身事故証明書入手不能理由書

全国健康保険協会 船員保険部 御中

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった
(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方)

※この書類は、警察署への届出が物損事故扱いの場合や事故の届出を行っていない場合、人身事故扱いの交通事故証明書に被害者の方のお名前がない場合に必要となります。

理由 ※該当する項目に○印をしてください。 ※複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。	<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 checked="" type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療が終了した(もしくは終了予定のため)			
	<input type="radio"/> 公道以外の場所(駐車場、私有地など)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ください。)			
	【理由】 			
	<input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。)			
	【理由】 			
◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。				
届出警察	東京 × × 警察	山田 担当官 (判明している場合)	届出年月日	28 年 10 月 1 日

右記の場合、裏面も記入してください。

(交通事故証明書が発行されていない場合、また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、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。)

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお

事故の相手方、もしくは目撃者のご署名、ご捺印。

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実を確認していません。		
<input checked="" type="radio"/> 当事者	住所 〒 160-0023	記入日: 令和 1 年 11 月 15 日
<input type="radio"/> 目撃者	東京都新宿区 △△ 10-20-30-123	
<input type="radio"/> その他 ()	氏名 保険 健一 (印)	
※該当する項目に○印をしてください	電話 03 (* * * *) # # # #	

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求(法第16条請求)する契約者側(契約者、運転者など)の方、または、賠償を受けた側の方、に記入してください。

事故の相手方、もしくは目撃者の方のご署名・捺印がもらえない場合は、余白に理由を記入の上、被害者(親権者)が、ご署名・捺印をしてください。
例) ・相手と連絡が取れないため、相手方から署名等ももらうことができません。
・相手が協力してくれません。 など

(保険会社使用欄) 該当する□のす

人身事故としての警察への届出の必要
 請求関係書類の確認により、または以下
実に相違ないことを確認しました。

◆ 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 ()		

【 事案情報 被害者名 _____ 事故日: 年 月 日 】

○交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合)

裏面:交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、記載不要です。

発生年月日時		28年10月1日		午前 午後	3時	30分頃	天候	晴れ	
発生場所		東京都豊島区△△23-2 路上							
当事者	甲	住所	東京都千代田区富士見2-7-2		電話 03(#####)#####				
		氏名	船保 花子	生年月日	明・大 昭・平	55年	5月	5日	(36)才
		自賠責保険契約先	〇〇保険 株式会社	自賠責保険証明書番号	第 ABCD1234-XYZ 号				
		登録番号	品川〇〇あ××××	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				
	乙	住所	東京都新宿区△△10-20-30-123		電話 03(****)####				
		氏名	保険 健一	生年月日	明・大 昭・平	9年	9月	9日	(19)才
		自賠責保険契約先	〇〇損害保険(株)	自賠責保険証明書番号	第 ABC9990009** 号				
		登録番号	品川 550 ん 12**	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				
	丙	住所	北海道〇〇市□□町1-1-1		電話 ××(××××)××××				
		氏名	船保 一郎	生年月日	明・大 昭・平	××年	×月	×日	(××)才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	第 号				
		登録番号		事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				
	丁	住所	大阪府△△市△△区△△町1-1		電話 △△(△△△△)△△△△				
		氏名	保険 健二	生年月日	明・大 昭・平	△△年	△月	△日	(△△)才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	第 号				
		登録番号		事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				
戊	住所			電話 ()					
	氏名		生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	()才	
	自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	第 号					
	登録番号		事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他					

※上記に事故当事者が記入しきれない場合には、この用紙をコピーの上、必要事項を記載してください。