

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			被保険者 氏名	⑩	職種		
	事業所名 (勤め先)			所在地 (勤め先)	〒	TEL ()		
被害者 (受診者)	氏名	男 女	才	続柄	住所	〒	TEL ()	
	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	男 女	才	住所	〒	TEL ()		
	勤務先 又は職業			所在地	〒	TEL ()		
加害者が不明の理由								
事故発生	平成	年	月	日 (曜)	前	時	分	
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	府県名			登録番号	車台番号		
	自賠責証明書番号			保険期間	自 平成 年 月 日 至 平成 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	保険会社名	火災海上欄 農協		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 平成 年 月 日 至 平成 年 月 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

治療 状況 (治療 順)	①	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
	②	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
	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
治療見込み (治療終了日)		年 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>ア 加害者が負担 イ 職場から支給 ウ 自賠責へ請求</p> <p>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)</p> <p>の請求予定</p>				
示損 害 談 賠 償 の 支 状 払 状 況 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・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・話合い の状況を具体的に記入すること。</p> <p>【受領日・金額】 【受領したものの名目】</p> <p>月 日 円 ()</p> <p>月 日 円 ()</p> <p>月 日 円 ()</p>				
<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>					

負傷原因報告書

被保険者記号番号		被保険者 氏 名	
事業所名		所在地	
職 種		就業時間	時 分から 時 分まで
被扶養者が負傷したとき	氏名	被保険者との続柄	

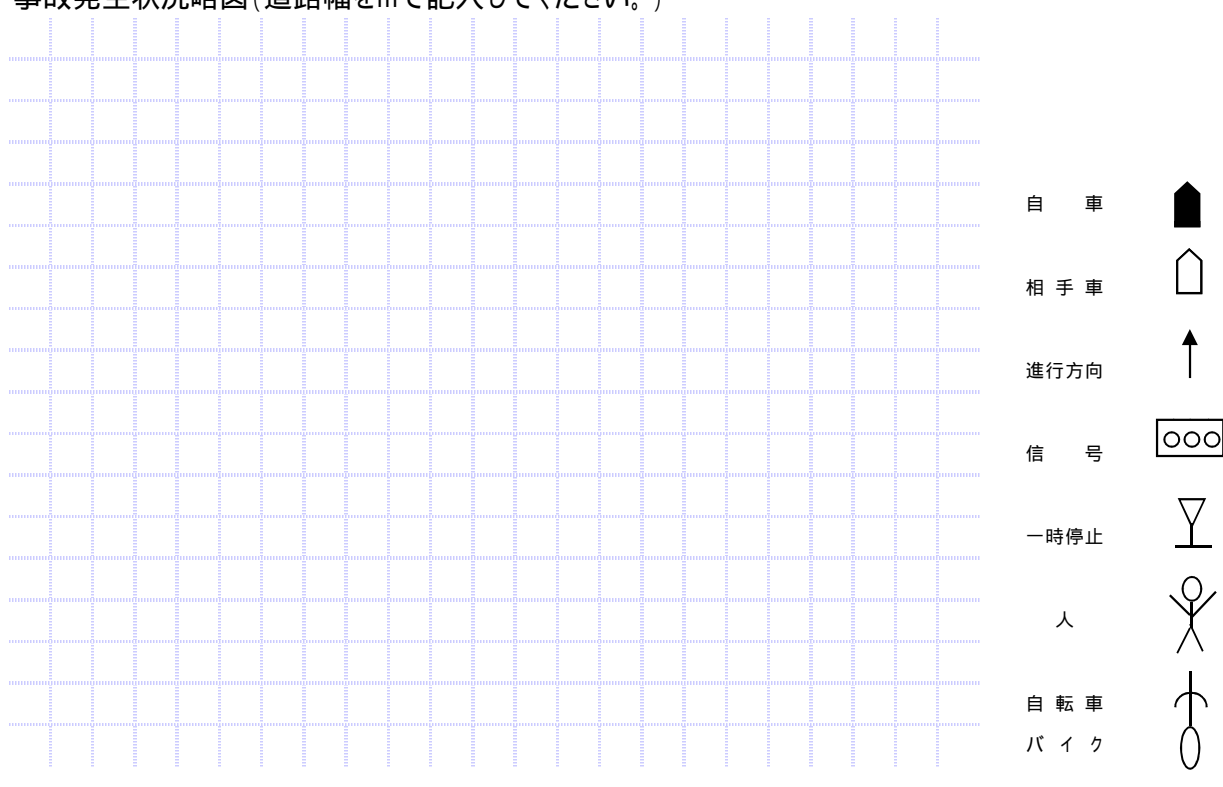
負傷の原因	<p>○ いつ(平成 年 月 日 (曜) 午前 午後 時 分頃)</p> <p>○ その日は 勤務日 公休日 会社の休日 私用で休み</p> <p>○ どこで(場所)</p> <p>○ なにをしているときですか 具体的にご記入ください。 (なにををしに行くときですか)</p> <p>○ パート・バイト中の場合 被扶養者が勤務しているときはご記入ください。</p> <p style="margin-left: 40px;">勤務先名称 勤務先住所 (TEL - -)</p> <p>○ 出勤又は退社して帰宅中の負傷の場合は、会社から帰宅までを裏面に図示し通勤経路及び負傷場所を記入してください。</p> <p>○ 次の欄は該当するものの番号を○印で囲んでください。</p> <p style="margin-left: 20px;">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>○ 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="margin-left: 100px;">住 所 氏 名 (TEL - -)</p>
-------	---

上記のとおり相違ありません

平成 年 月 日
被保険者の住所
氏名



事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第	号	当事者	甲 <small>(相手・第三者)</small>	氏名 <small>(電話)</small>			
自動車の番号			乙 <small>(受診者)</small>	氏名 <small>(電話)</small>	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 <small>してある してない</small>		歩道 <small>(両・片)</small>	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 <small>ある ない</small>	自車側信号 <small>(青・赤・)</small> 相手側信号 <small>(青・赤・)</small>		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)		
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。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。) 							
上記図の説明を書いてください。								

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() 氏名 _____ (印)

念 書

平成 年 月 日 (相手方氏名) の行為に
より (受診者氏名) 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 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

氏 名

Ⓔ

全国健康保険協会

支部長 殿

損害賠償金納付確約書・念書

平成 年 月 日 (受診者氏名) _____ 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 支部が代位取得し、全国健康保険協会 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。

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 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

氏 名

㊞

TEL()

全国健康保険協会

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

私が自動車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 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 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 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 (自賠償保険請求者)

住所

氏名 (印)

自賠償証明書番号 ()

全国健康保険協会

支部長 殿

人身事故証明書入手不能理由書

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。
(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)

<p>理由</p> <p>※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。</p>	<p><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</p> <p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した(もしくは終了予定のため)</p> <p><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</p> <p><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。)</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">【理由】</p> <p><input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。)</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">【理由】</p>
--	---

◆ 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	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	年 月 日
------	----------------------	-------	-------

裏面へ・ (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、発行日時、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・押印をお願いします。

◆ 上記理由により人身事故証明書を取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。	
<input type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他 () ※ 該当する項目に○印をしてください	<p>住所 〒 _____ 記入日 年 月 日</p> <p>氏名 _____ (印)</p> <p>電話 () _____</p>

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求(法第16条請求)する場合には、保険契約者側(契約者、運転者など)の方、または目撃者の方をご記入ください。賠償をした側が請求(法第15条請求)する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方をご記入ください。

(保険会社使用欄) 該当する□のすべてに✓する

□人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。
□請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆ 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:平成 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は、以下の項目は記載不要です。)

発生年月日		年	月	日	午前 午後	時	分頃	天候
発生場所								
当事者	甲	住所	電話 ()					
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日 ()	才
		自賠償保 険契約先	自賠償保 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				
	乙	住所	電話 ()					
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日 ()	才
		自賠償保 険契約先	自賠償保 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				
	丙	住所	電話 ()					
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日 ()	才
		自賠償保 険契約先	自賠償保 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	電話 ()					
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日 ()	才
		自賠償保 険契約先	自賠償保 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	
	自賠償保 険契約先	自賠償保 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できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。