

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 123	被保険者 氏名	けんぼ 太郎 ㊟	職種	事務	
	事業所名 (勤め先)	㈱〇〇食品		所在地 (勤め先)	〒 850-9999 長崎市△△町9-9-9 TEL(095-999-9999)		
(受診者) 被害者	氏名	けんぼ太郎 男 36才	続柄	本人	住所	〒 850-1111 長崎市▲▲1-1-1 TEL(095-111-1111)	
	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()					
(第三者) 加害者	氏名	協会 健太 男 23才	住所	〒 850-2222 長崎市□□町8-8-8 TEL(095-888-8888)			
	勤務先 又は職業	〇〇工業 株式会社		所在地	〒 850-3333 長崎市■■町2-2-2 TEL(095-222-2222)		
加害者が不明の理由							
事故発生	令和元年5月1日(水曜) 前 10時45分	発生場所	長崎 市 〇〇 町 123-456 決まっている場合は記入してください				
過失の度合	(自分) 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				
事故証明を参考に、わかる範囲で記入してください。 事故の相手の自動車保険加入状況							
傷病 賠償 交通 事 故 に よ る 保 険 と し き	保険会社名	〇〇保険 株式会社		取扱店 所在地	〒 850-9999 長崎市〇〇町7-7-7 TEL(095-777-777)		
	保険契約者名 (名義人)	協会 健夫	住所 (所在地)	長崎市□□町8-8-8	関係	保有者との 本人 加害者との 父	
	自動車の種別	普通乗用	府県名	登録番号	長崎500あ1234	車台番号	AB6CDE -12345
	自賠責証明番号	ABCD12345-XYZ		保険期間	自 令和元年 4月 1日 至 令和2年 3月 31日		
	自動車の保有者名	協会 健夫		住所 (所在地)	長崎市□□町8-8-8	加害者との 関係	父
保険会社名	□□□□ 火災海上 農協	取扱店 所在地	〒 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 担当者名 〇〇 〇〇 TEL(000-111-2222)				
保険契約者名	協会 健夫		住所 (所在地)	〒 850-2222 長崎市□□町8-8-8			
契約証書番号	XXX-123456789-9		保険期間	自 令和元年 5月 1日 至 令和2年 4月 30日			
保険契約期間	令和元年 5月 1日 ~ 令和2年 4月 30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。

記入例

治療状況 (治療順)	①	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	長崎市〇〇町123	通院	元年5月1日から 元年6月1日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
	②	名称	△△病院	入院	元年6月1日から 元年6月30日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
		所在地	長崎市△△町456	通院	元年7月15日から 年月日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
		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	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
治療見込み (治療終了日)		令和2年 1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〇で囲んでください。 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) 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 損 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 交渉中 ・ しない(理由) 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は示談・話合い の状況を具体的に記入すること。 受取済みのものがあればご記入ください。 【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) 交通事故の場合は別紙に記入しますので、交通事故以外の時に記入が必要です。						

負傷の原因が業務上・通勤途上の場合には健康保険は使用できません。労働基準監督署へご相談ください。

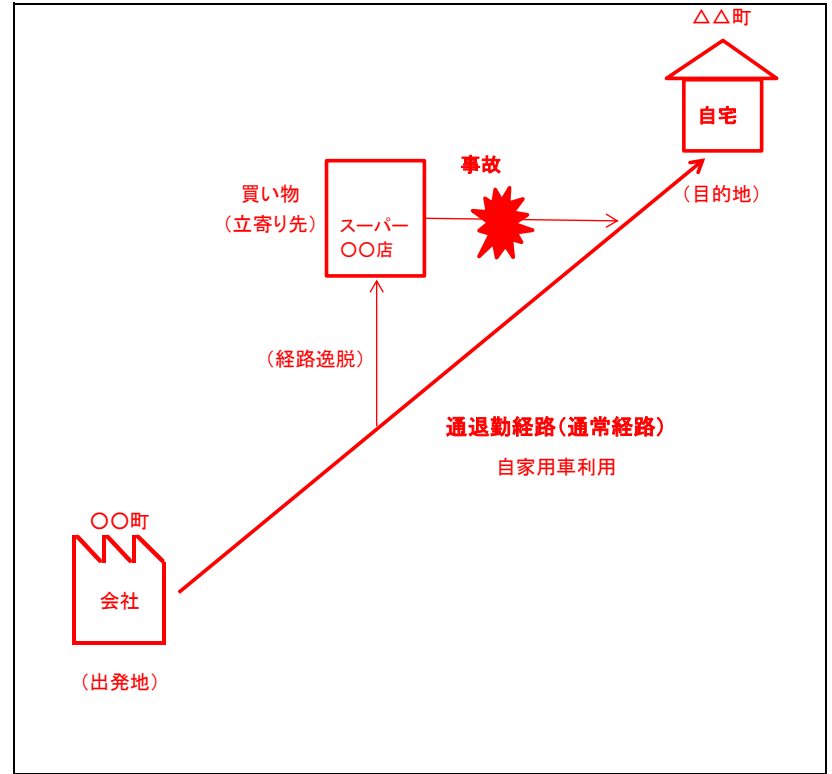
負傷原因報告書

今回の記入例ではないが、通勤途上の事故の場合は記入してください。

被保険者記号番号	12345678 123	被保険者氏名	けんぼ 太郎
事業所名	㈱〇〇食品	所在地	長崎市△△町9-9-9
職種	事務	就業時間	8時45分から 17時15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	<input type="radio"/> いつ(令和元年 5月 1日(水曜)) <input type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後 10時 45分頃 <input type="radio"/> その日は 勤務日 公休日 会社の休日 <input type="radio"/> 私用で休み <input type="radio"/> どこで(場所) 長崎市 〇〇町 123-456		
	<input type="radio"/> なにをしているときですか ※具体的に記入ください。 (なにをしに行くときですか) 会社が休みの日に近所の本屋に車で出かけた。本屋から自宅へ帰る途中の交差点において相手車と衝突した。		
	<input type="radio"/> パート・バイト中の場合 ※被扶養者の勤務状況についてご記入ください(無職の場合は「無職」とご記入ください) 勤務先名称 勤務先住所 (TEL - -)		
	<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。		
	<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 <input checked="" type="radio"/> 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 <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 住所 長崎市□□町8-8-8 氏名 協会 健太 (TEL 095 - 888 - 8888)		
上記のとおり相違ありません 令和元年 6月 1日 被保険者の住所 長崎市▲▲1-1-1 氏名 けんぼ 太郎			

被保険者の家族(被扶養者)が負傷した場合は、この欄以下については負傷した人の状況について記入してください。

経路図



上記図の説明を記入してください。

会社から帰る途中、日用品の買い物をするため通常の経路を外れたスーパーに立ち寄り

買い物を済ませ通常の経路に復帰する途中での事故

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 協会 健太 (電話) 058-888-8888
自動車の番号	長崎500あ1234	当事者 乙 (受診者)	氏名 けんぼ 太郎 (電話) 058-111-1111
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 あり ない 自動車側信号 (青・赤・) 相手側信号 (青・赤・) 駐停車禁止 されてい ない されたいてない その他の標識		
速 度	甲車両 40 km/h (制限速度 40 km/h) ・ 乙車両 45 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。	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。	信号のある交差点で、直進していたところに相手が右折してきたため接触した。		

同意書

私が加害者（協会 健太）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。

令和元年 6月 1日

負傷した人(受診者)の記入
となりますが、未成年者の
場合には被保険者等(親権者)となります。

受診者 (未成年の場合は親権者等)
住所 長崎市 ▲▲ 1-1-1
氏名 けんぼ 太郎 (印)

(※) 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

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。

令和元年 6月 1日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 (本人) 氏名 けんぼ 太郎 (印)

損害賠償金納付確約書・念書

この書類(6ページ)は交通事故の相手に記入してもらう書類です。

(受診者氏名)

令和元年 5月 1日 けんぼ 太郎 様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、全国健康保険協会長崎支部が代位取得し、全国健康保険協会長崎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認しますので、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、全国健康保険協会長崎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認します。

相手方の任意保険会社をご対応されるのであれば、そちらのご署名・捺印でも構いません。

令和元年 6月 1日

損害賠償支払い義務者(未成年の場合は親権者)

住 所 長崎市□□町8-8-8

氏 名 協会 健太 ⑩

TEL (095)-(888)-(8888)

全国健康保険協会 長崎支部長 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。

加害者(相手方)から署名がもらえなかった場合は、その理由を被害者(被保険者)で記入してください。

(例)こちら側の過失が大きかったため相手方に署名してもらえなかったなど