

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【交通事故以外】

届出者	被保険者証 記号番号	被保険者 氏名		〒	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	年 月 日(曜)	前 後	時 分	発生 場所	市 町 郡 村			
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 し て	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	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 と し て	保険会社名	火災海上(株) 農協	取扱店 所在地	〒	担当者名	TEL()	
任意 保険 と し て	保険契約者名	住所 (所在地)		〒				
任意 保険 と し て	契約証書番号	保険期間		自	年 月 日		至	年 月 日
任意 保険 と し て	保険契約期間	年 月 日 ~ 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

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 (詳細に記述すること)	<input type="radio"/> いつ (年 月 日 (曜) 午前 時 分頃) <input type="radio"/> その日は 勤務日 公休日 会社の休日 私用で休み <input type="radio"/> どこで (場所) <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) <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 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 氏名 (TEL - -)		
	上記のとおり相違ありません		
年 月 日 被保険者の住所 氏名			(印)

同 意 書

私が加害者（ ）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。

年 月 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所

氏名

(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

損害賠償金納付確約書

年 月 日(被害者) _____ 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
長崎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。

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 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。

