

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		⑨	生年月日	大昭平	年 月 日	
	事業所名 (勤め先)	職種()		所在地 (勤め先)	TEL			
(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)						
(第三者)	氏名	男 女	才	住所	〒 TEL			
	勤務先 又は職業	勤務先所在地		TEL				
<small>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</small>								
加害者	氏名	男 女	才	住所	〒 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				
過失の度合	(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	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		
		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 (被保険者証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	入院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠償・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・自賠償・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・自賠償・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・自賠償・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・自賠償・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・自賠償・社会保険

治癒見込み (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○で困ってください。 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○をつけて下さい。)</p> <p>ア. 加害者が負担 イ. 職場から支給 ウ. 自賠償へ請求</p> <p>エ. 社会保険へ傷病手当金の請求予定 オ. その他 (被害者加入の人身傷害保険へ請求など)</p>
------	---

示談賠償の支払状況	<p>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。</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して下さい。</p> <table border="0"> <tr> <td>【受領日・金額】</td> <td>【受領したものの名目】</td> </tr> <tr> <td>月 日 円</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>月 日 円</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>月 日 円</td> <td>()</td> </tr> </table>	【受領日・金額】	【受領したものの名目】	月 日 円	()	月 日 円	()	月 日 円	()
【受領日・金額】	【受領したものの名目】								
月 日 円	()								
月 日 円	()								
月 日 円	()								

(備考)

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、該当しない項目もありませんので、あてはまる項目のみ記入してください。

負傷した方が記入 (被保険者が未成年の場合はい)	被保険者証の記号・番号	記号	番号	
	被保険者氏名			
	被保険者住所	TEL ()		
	負傷した方	被保険者本人・被扶養者 (負傷者氏名:)		
	傷病名			
	負傷日時	年 月 日 午前・午後 時 ころ		
	負傷したときの時間帯	1. 出勤日 2. 休日(定休日・休暇を含む) 3. その他()		
	負傷したときの状況	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()		
	負傷原因	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		
	事故内容	1. 自動車・バイク事故 2. その他の事故		
	通勤経路 ※通勤途上で負傷に限り記入してください	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 ・はねられる ・その他() 2. 自損行為		
治療経過	年 月 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		

※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。

労災加入	有・無	社員総数	名	業務内容
労災確認の有無 (無の時はその理由)	有・無	理由		
所在地		1. 業務上 2. 通勤災害 に相違ないことを認めます。		
船舶所有者名称		(印)		
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

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。

令和 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・念書

(受診者氏名)

年 月 日 _____ 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 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 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。

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。)

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 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	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	年 月 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・押印をお願いします。

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

(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、目撃者の方がご記入ください。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、または目撃者の方がご記入ください。

(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: _____ 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。)

発生年月日時		年	月	日	午前	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				
	乙	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				
	丙	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				
	丁	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				
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。