

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○をつけて下さい。)</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 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		
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) ・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			
通勤経路 ※通勤途上で負傷に限り記入してください	自宅 ⇒ (徒歩・自転車等) ⇒ 経由地 ⇒ ⇒ ⇒ 会社			
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		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。		
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	

事故発生状況報告書 (交通事故以外)

甲 (相手・第三者)	(氏名)	乙 (受診者)	(氏名)
事 故 発 生 の 状 況	当時の行動を分かりやすく、詳しく記入してください。		
事 故 現 場 の 見 取 図	事故が発生した場所の見取図を記載してください。 (当事者の位置や動きも、わかる範囲で記入してください。)		

※用紙が足りない場合は、適宜別紙を使用してください。

上記のとおりご報告申し上げます。

令和 年 月 日

報告者 (甲 ・ 乙)

_____ 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を行う際、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なと認める場合、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

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船員保険部が負担した診療費等について、全国健康保険協会船員保険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。

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

印

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。

