

# 第三者行為による傷病届

(交通事故・傷害事故)

(その1)

被保険者関係	記号・番号 —	氏名  昭和・平成・令和 年 月 日生 ( 歳)	印	
	自宅住所 〒 —	Tel — —		
	勤務先	Tel — —		
	勤務所在地	職 種	1. 事務員 2. 運転手 3. 作業員 4. その他 ( )	
	勤務時間 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分			
	現在の連絡先			
第一当事者 (被災者)	氏名  昭和・平成・令和 続柄 ( ) 年 月 日生 ( 歳)			
	住所 〒 —	電話 — —		
事故関係内容	事故日	平成・令和 年 月 日 ( )	午前・午後 時 分頃発生	
	事故の種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打刺傷・その他 ( )		
	発生場所			
	警察署	署 → 派出所	届出ない理由	
	事故が発生した時 負傷者の 状況は	お酒は飲んで 1. いた (量は ) 2. いない 1. 歩行者 2. 自動車 3. バイク 4. その他 ( ) 1. 出勤途中 2. 勤務時間中 3. 帰宅途中 ( 時 分終了) 4. パートに行く途中 5. パートの帰り ( 時 分終了) 6. 私用外出中 7. ( )		
この事故発生の原因および責任は主としてどちらにありますか		1. 相手方 2. 当方		
上記の理由 ※必ず記入 してください	相手方			
	当方			
※当組合が今後連絡をとるとき代行者がある場合は下記に記入してください				
第一当事者 被災者	氏名	被害者との 関係	電話 — —	
第二当事者 相手方	氏名	相手方との 関係	電話 — —	

第二当事者 (相手方関係)	この事故を発生させたときは		1. 業務中事故 ( ) 2. 業務外の事故			
	氏名	大正・昭和 平成・令和 年 月 日生 ( 歳)				
	住所	〒	電話	- -		
	勤務先		電話	- -		
	住所	〒	事故担当者			
	加害車両	所有者	住所			
	相手方の住所氏名が判らない時		その理由			
自賠責 保険	会社名	住所				
	電話番号	証明書番号 ( )				
	契約者名	契約期間 ~				
任意 保険	この事故で相手方の任意保険が使えますか 1. 使える 2. 使えない					
	使えない理由					
	会社名	住所				
	電話番号	担当者名				
保険会社に請求しましたか	1. した (自賠責 任意) 2. しない 請求した場合 月 日 ( ) 円 1. 受領 2. 未受領					
示談の成立は	1. した (示談書のコピーを添付ください) 2. しない					
治療 関係	病院	区分	傷病名	初診日	健保使用日	備考
		入・通		・ ・	・ ・	
		入・通		・ ・	・ ・	
		入・通		・ ・	・ ・	
	この届書を提出する時点の治療は			1. 入院中 2. 通院中 3. 治癒		
治療費は誰がはらっていますか		氏名	関係			
上記のとおりお届けします 令和 年 月 日 日本年金機構健康保険組合 理事長 殿					受付印	

# 事故発生状況報告書

(注)

- ① ( ) の事項は、おおよその数値を記載または該当するものを○印で囲んでください。
- ② 甲欄には、甲車の運転者氏名を記入してください。
- ③ 乙欄には、自賠責保険請求書に記載の“負傷または死亡された方の氏名”を記入してください。
- ④ この報告書は、自賠責損害調査事務所に送付されます。また、保険金(損害賠償額)支払手続上必要と認められる場合には、事故の相手方等に送付することがあります。

甲	氏名	乙	氏名	運転 同乗 (甲車、甲車以外の車) 歩行・その他 ( )																
速度	甲車 km/h (制限速度	km/h)	甲車以外の車	km/h (制限速度 km/h)																
道路状況	見通し (良い・悪い)	道路幅	甲車側 ( m)	甲車以外の車側 ( m)																
信号または標識	信号 (有・無)	一時停止標識 (有・無)	その他標識 ( )																	
事故発生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)																			
	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">甲車</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">甲車以外の車</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">進行方向</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">信号</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">一時停止</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">一方通行</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">人</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">自転車 オートバイ</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>				甲車		甲車以外の車		進行方向		信号		一時停止		一方通行		人		自転車 オートバイ	
	甲車																			
	甲車以外の車																			
	進行方向																			
	信号																			
	一時停止																			
	一方通行																			
	人																			
自転車 オートバイ																				
<p>書上 記 て く の 説 明 を</p>																				
<p>別紙交通事故証明書に補足して、上記のとおり報告いたします。</p>																				
<p>年 月 日</p>																				
<p>報告者 甲との関係 ( ) 氏名 ④</p> <p style="margin-left: 20px;">乙との関係 ( )</p>																				

## 念 書 (同意書)

事故日 平成・令和 年 月 日発生

事故発生場所 \_\_\_\_\_

健康保険で診療を受けた者の名前 \_\_\_\_\_

上記事故について健康保険給付を受けるにつき、健康保険法 57 条第 1 項の規定によって私の有する損害賠償請求権及び保険会社等に対する被害者請求権を貴組合が健康保険給付の価格の限度で取得し、損害賠償金を優先的に受領することに異議のないことを誓約します。

### 記

1. 貴組合が自動車保険会社等に診療報酬明細書を損害額の証明書類として提出すること。
2. 相手方と示談交渉をする場合は前もって貴組合にその内容を申し出ること。
3. 相手方に示談条件を記入していない示談書を渡さないこと。
4. 相手方から金品を受領した場合は、受領月日及びその内容をもれなくかつ遅滞なく貴組合に申し出ること。
5. 自賠償保険に被害者請求する場合は必ず前もって貴組合にその内容を申し出て了承を得ること。

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印

被害者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

## 支 払 念 書

事故日 平成・令和 年 月 日 発生

事故発生場所

傷病名

相手方（第三者・甲）

健康保険で診療を受けた者（被害者・乙）

自賠責証明書番号

保険会社名

上記事故に関し、貴組合の健康保険を使用するにあたり、本件事故に係わる健康保険給付費についてはその求償額を支払うことを誓約いたし、併せて自動車損害賠償責任保険で支払われる金銭を優先的に受け取ることを承知いたします。

令和 年 月 日

事故当事者（第三者・甲）

住 所

氏 名 印

電話番号 — —

加害者が加入する保険会社記入

## 支 払 念 書

事故日 平成・令和 年 月 日 発生

事故発生場所

傷病名

第三者（加害者・甲）

健康保険で診療を受けた者（被害者・乙）

上記事故に関し、貴組合の健康保険を使用するにあたり、本件事故に係わる健康保険給付費についてはその求償額を支払うことを、加害者代理人として誓約いたします。

令和 年 月 日

住 所

甲の所属する法人名称及びその代表者

印

電話番号

担当者氏名

印

加害者が未成年者の場合

## 支 払 念 書

事故日 平成・令和 年 月 日 発生

事故発生場所 \_\_\_\_\_

相手方 (第三者・甲) \_\_\_\_\_

健康保険で診療を受けた者 (被害者・乙) \_\_\_\_\_

上記事故に関し、貴組合の健康保険を使用するにあたり、本件事故に係わる健康保険給付費については、求償額を支払うことを誓約いたします。

令和 年 月 日

事故当事者 (第三者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

第三者の  
連帯保証人 住 所 \_\_\_\_\_

続柄関係 ( ) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

※事故当事者が、未成年者等の場合は、必ず連帯保証人関係をご記入ください。

## 人身事故証明書入手不能理由書

日本年金機構健康保険組合 御中

当 事 者	運 転 者  (甲)	住 所	TEL ( )			
		氏 名	生年月日	大正・昭和・平成 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	車台番号			
被 害 者  (乙)	被 害 者  (乙)	住 所	TEL ( )			
		氏 名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 才)		
		自賠償保 険契約先	自賠償保 険証明書番号	第	号	
		登録車両 番号	事故時の状 態	運転・同乗(甲・乙)・歩行・ その他		
発生年月日日時		平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分 ころ 天候				
発 生 場 所		において				
届 出 警 察		警察担当官	届出年月日	平成・令和 年 月 日		
甲・乙 以外 の 当 事 者	住 所	氏 名				
	自賠償保 険契約先	自賠償保 険証明書番号	第	号		
人身事故証明書入手不能理由						
添付書類 ・ 事故車両の写真、修理見積書および示談書 ・ 車台番号契約の場合ー 車検証写又は登録済証写 ・ 物損事故届のある場合ー 当該事故証明書 ・ 構内事故の場合ー 構内責任者の事故現認書						
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。 運転者(甲) 住所 令和 年 月 日						
取付不能の場合に限り 保有者(使用者)		氏名	TEL ( )			
上記事故を目撃したことを証明いたします。 目撃者 住所 令和 年 月 日 氏名 TEL ( )						