

記入例

第三者行為による傷病届（交通事故）

		提出年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
被保険者等記号番号	100 - 1000		被保険者氏名	健保 太郎		
被保険者連絡先	自宅	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇		勤務先	〇〇株式会社〇〇部〇〇課	
	携帯	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇				
事故にあった人	氏名	健保 花子	生年 月日	昭和 平成 令和	〇〇年 〇月 〇日	
事故発生日時	令和 〇〇年 〇月 〇日 (〇曜日) 午前 〇時 〇分頃					
事故発生場所	愛知 都・道・府・県 ××市の□□町南交差点					
事故の形態	当方： ①徒歩 ②自転車 ③オートバイ ④乗用車 ⑤同乗 ⑥その他 () 相手： ①徒歩 ②自転車 ③オートバイ ④乗用車 ⑤その他 ()					
事故発生時の状況	①勤務中 ②通勤途上 ③私用外出中 ④その他 ()					
警察への届出	有・無	所轄署	△△警察署		被害届受理番号	
受診した 医療機関	名称	〇〇整形外科		連絡先	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇	
	所在地	愛知 都・道・府・県 △△市□□町×-×				
病院窓口での負担	①相手方(保険会社)負担 ②本人負担 ③その他 ()					
当方の任意保険	人身傷害保険を ①使用した・する ②使用しない					
	保険契約者	氏名	健保 太郎		連絡先	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇
		住所	愛知県△市□町〇-〇			
	保険会社	名称	〇〇損害保険(株)		担当者	保健 太郎
		住所	愛知県△△市▲▲町△-△		連絡先	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇
証書番号	第 11-9876542 号					
事故の相手	氏名		住所		連絡先	
	運転者	加害 一郎		〇〇県□□市××町5-6	090-0000-0000	
相手方の自賠責保険	保険契約者	氏名	加害 一郎		連絡先	090-0000-0000
		住所	〇〇県□□市××町5-6			
	保険会社	名称	〇〇損害保険(株)		担当者	
		住所	東京都△区●町1-2		連絡先	() -
	証書番号	ABCDE123				
相手方の任意保険	相手方、相手方の保険会社に聞いて記入、 または記入してもらってください					

【注意事項】

- ・健康保険を使用する場合は（使用した場合は直ちに）、健保組合に連絡してください。連絡がない場合は健康保険の使用を不許可とします。
- ・本紙とともに、念書・事故発生状況報告書・交通事故証明書を提出してください。

健保 記 入 欄	制限条項	<input type="checkbox"/> 第57条(第三者行為) <input type="checkbox"/> 第116条(故意) <input type="checkbox"/> 第117条(不行跡)				常任理事	担 当	担 当	担 当
	給付制限	付加金	医療費	傷病手当金	その他				
	求償請求	<input type="checkbox"/> 請求権なし <input type="checkbox"/> 免除 <input type="checkbox"/> 放棄 <input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> その他 ()							
請求方法	<input type="checkbox"/> 自賠償 <input type="checkbox"/> 任意一括 <input type="checkbox"/> その他()								

記入例

事故発生状況報告書

※自動車安全運転センター発行の交通事故証明書を必ず添付してください。

当事者	甲 (相手方)	氏名	加害 一郎				
	乙 (当方)	氏名	健保 花子		<input checked="" type="checkbox"/> 運転	<input type="checkbox"/> 同情	<input type="checkbox"/> 歩行
速度	甲車	40 km/h		乙車	30 km/h		道路状況
					<input type="checkbox"/> 混雑	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input checked="" type="checkbox"/> 見通しよい
				<input type="checkbox"/> 閑散	<input type="checkbox"/> 見通し悪い		
事故発生状況を 図で描いてください	【事故発生状況略図】 (道路幅をmで記入してください。)						
書 上 い 記 て 図 く の だ 説 さ 明 い を	△△市〇〇町内の交差点を通行時、相手方の甲車が一時停止線で停止を怠り交差点に侵入した						
	ため、当方、乙車が甲車の左前部に衝突した。						

別紙交通事故証明書に補足して、上記のとおり報告します。

令和 ●年 ●月 ●日

報告者 甲との関係 ()

乙との関係 (夫)

住 所 愛知県△市□町〇-〇

氏 名 健保 太郎

印

(必ず記名してください。)

念 書 (被保険者用)

●●年 ●●月 ●●日、(事故発生場所) 愛知県××市○○町南交差 における

相手方(氏名 加害 一郎)との事故により、当方(受診者氏名 健保 花子)の
被った保険事故について、健康保険法による給付を受けた場合は、私が相手方に対して有する損害賠償請求
権を、健康保険法に基づき貴健康保険組合が取得行使しかつ賠償金を受領することに異議がないことを、
ここに書面をもって誓約します。

- ① 相手方および当方が自動車損害賠償責任保険ならびに各種損害保険へ請求するときは、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。
- ② 相手方と示談を行おうとする場合は、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。
- ③ 相手方に白紙委任状を渡さない。
- ④ 自賠責保険に対して被害者請求をする際は貴健康保険組合に事前連絡をする。また相手方から金品を受領した際は、受領年月日、内容、金額(評価額)をもれなく、かつ遅滞なく貴健康保険組合に申し出る。
- ⑤ 貴健康保険組合が保険会社等から④の情報の提供を受けることに同意する。
- ⑥ 当方が加入している損害保険関係資料を貴健康保険組合が開示請求することに同意する。
- ⑦ 健康保険法に違反する事実が後日判明したときは、遅滞なく治療費の返還に応じる。
- ⑧ 個人情報の取扱について、貴健康保険組合が今回の事故について、業務遂行上必要な範囲で保険会社等から情報を受け、また情報を提供することについて同意する。
- ⑨ 治療完了の際は完了日を貴健康保険組合担当者に報告する。

令和 ●●年 ●●月 ●●日

被保険者

住所 愛知県△市□町○-○

必須: 被保険者欄のご記入・署名をお願いいたします。

氏名 健保 太郎 (印)

被扶養者

住所 愛知県△市□町○-○

受診者が被扶養者の場合は、こちらにもご記入と署名をお願いいたします。

氏名 健保 花子 (印)

念書 (相手方用)

●●年●●月●●日、(事故発生場所) 愛知県××市○○町南交差 において
私(当事者甲氏名) 加害 一郎 と貴健康保険組合被保険者・被扶養者(当事者乙氏名) 健保 花子

との間に発生した保険事故による被保険者・被扶養者の損害について、健康保険法による給付が発生した場合、健康保険法に基づき貴健康保険組合より求償されたときには直ちにお支払いいたします。
なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

- ① 自動車損害賠償責任保険ならびに各種損害保険へ請求するときは、事前に貴健康保険組合へその旨を報告する。
- ② 貴健康保険組合被保険者・被扶養者と示談を行おうとする場合は、事前に貴健康保険組合その旨を報告する。
- ③ 私が加入している・取得できる損害保険関係資料を貴健康保険組合が開示請求することに同意する。

令和 ●●年●●月●●日

当事者甲

住所 ○○県□□市××町5-6

氏名 加害 一郎

⑩

当事者甲が未成年の場合は親権者等

住所

氏名

⑩

(当事者甲との関係):

保証人(当事者甲と生計を独立維持する人、保険会社も可)

住所 東京都△△市▲▲町△-△

氏名

○●海上火災保険株式会社

担当: 賠償

⑩

記入例

人身事故証明書入手不能理由書

(その1)

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった
 (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

警察への届出が物件事務扱い、事故の届出をしていない、事故証明書にお名前が記載されていない場合など、人身事故扱いの事故証明が発行できない時にご提出ください。

理由	<input checked="" type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ <input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療終了 <input type="radio"/> 公道以外の場所（駐車場、私有地等） <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。） <input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）
※ 該当する項目に○印をしてください。	[理由]
※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。	

◆ 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	<input checked="" type="radio"/> 警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	令和 <input checked="" type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input checked="" type="radio"/> 日
------	---	-------	--

※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、別紙の交通事故概要記入欄の事故当事者、発生日時

事故の相手、もしくは目撃者による記入・署名

■ 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。

◆ 上記の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 checked="" type="radio"/> 当事者	住所	〒 <u>×××-××××</u>	記入日	令和 <input checked="" type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日
<input type="radio"/> 目撃者	氏名	<u>〇〇県〇〇市××町5-6</u>		
<input type="radio"/> その他	電話	<u>加害 一郎</u> (印)		
※ 該当する項目に○印をしてください		電話	<u>〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇</u>	

(注) 当欄は賠償を求めず、直轄... (注第16条該当) する場合には、但し除却者側 (初約

この欄には原則的に相手方の住所、署名が必要です。
 相手側からもらえず、やむなく当人が記入する場合は、負傷者が署名をしてください。あわせて、その理由を用紙下部の余白に書いてください。
 例)
 ・過失割合に相違があり、同意が得られないため相手方から照明がもらえなかった。
 ・相手が協力をしてくれない。……

(保険会社使用欄)

人身事故としての...
 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真実に相違ないことを確認しました。

◆ 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: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日】

○交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故)

交通事故証明書が発行されない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前が記載されていない場合は、事故当事者・発生日時・発生場所等を記入してください。

(その2)

記載不要です。)

発 生 年 月 日 時	令和〇〇年〇月〇日	午前 午後	10時15分頃	天候 晴れ	
発 生 場 所	愛知県××市〇〇町南交差点				
当 事 者	甲	住 所	〇〇県〇〇市××町5-6 電話 〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
		氏 名	加害 一郎	生年月日	昭・平・令 ×年×月×日(××)才
		目賠償保 険契約先	〇●海上火災保険	目賠償保険 証明書番号	第 ABCD123 号
		登録番号	名古屋◆◆あ●●●●●	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	乙	住 所	電話 ()		
		氏 名	健保 花子	生年月日	昭・平・令 ×年×月×日(××)才
		目賠償保 険契約先	◇×〇損保	目賠償保険 証明書番号	第 XYZ98765 号
		登録番号	名古屋▼▼い0・000	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	昭・平・令 年 月 日 () 才
		目賠償保 険契約先		目賠償保険 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	昭・平・令 年 月 日 () 才	
	目賠償保 険契約先		目賠償保険 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	昭・平・令 年 月 日 () 才	
	目賠償保 険契約先		目賠償保険 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できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。