

第三者行為による傷病届(交通事故)

提出日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄 (該 当 す る □ に ✓)	保険証の 記号番号	記号	番号	被保険者氏名		(印)				
	会社名				所属					
	連絡先	自宅TEL() -			携帯TEL() -					
	事故にあった人	氏名			続柄			生年月日	年 月 日	
	事故発生日時	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		時 分 頃				
	事故発生場所	都・道・府・県								
	事故の形態	当方 : <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> オートバイ <input type="checkbox"/> 乗用車 <input type="checkbox"/> 同乗 <input type="checkbox"/> その他() 相手 : <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> オートバイ <input type="checkbox"/> 乗用車 <input type="checkbox"/> その他()								
	事故発生時	<input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> その他()								
	届出警察署	警察署								
	受診した 医療機関	名称				TEL	() -			
		住所	都・道・府・県							
	病院窓口での負担	<input type="checkbox"/> 相手方(保険会社)負担 <input type="checkbox"/> 本人負担 <input type="checkbox"/> その他(相手方保険支払い / 迄 健康保険使用 / から)								
	当方の 任意保険	人身傷害保険を <input type="checkbox"/> 使用した・する <input type="checkbox"/> 使用しない								
		保険契約者	氏名				TEL			
			住所							
保険会社		名称				担当者				
	住所									
証書番号										
事故相手			氏名	住所			TEL			
	運転者									
	車両保有者									
相手方の 自賠償保険			氏名	住所			TEL			
	保険契約者									
	保険会社	名称				担当者				
		住所								
証書番号										
相手方の 任意保険			氏名	住所			TEL			
	保険契約者									
	保険会社	名称				担当者				
		住所								
証書番号										

【注意事項】

- 健康保険を使用する場合は(使用したときは直ちに)、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。
- 記入はボールペンで、書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。

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)			
	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()			
決 裁	常務理事	事務長	担当	健保受付印	

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					
	乙 (当方)	氏名	<input type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 同乗 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> その他()				
速度	甲車	km/h	乙車	km/h	道路状況	<input type="checkbox"/> 混雑 <input type="checkbox"/> 閑散	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見通しよい <input type="checkbox"/> 見通し悪い
事故発生状況を図で描いてください	【事故発生状況概略図】						道幅をmで記入 <input checked="" type="checkbox"/> 甲車 <input type="checkbox"/> 乙車 <input type="checkbox"/> 甲車・乙車以外 <input type="checkbox"/> 人 ↑進行方向 ◎信号 ⇒一方通行
	上記図の説明を書いてください						

別紙交通事故証明書に補足して、上記のとおりご報告します。

年 月 日

報告者 甲との関係()
乙との関係()

住所 _____

氏名 _____ (印)

(必ず記名、押印してください)

念 書 (被保険者用)

年 月 日、(事故発生場所) _____ における
相手方(氏名) _____ との事故により、当方(受診者氏名) _____ 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。

なお合わせて次の事項を遵守することを誓約します。

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. 相手方に白紙の委任状を渡さない。
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、かつ延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. 個人情報の取扱いについて、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。

年 月 日

被保険者

住所 _____

氏名 _____ (印)

被扶養者

住所 _____

氏名 _____ (印)

(受診者が未成年者の場合は、捺印不要)

念 書 (相手方用)

年 月 日、(事故発生場所) _____ において
私(当事者甲氏名) _____ と貴健康保険組合被保険者・被扶養者(当事者乙氏名) _____ 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。

なお合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にその旨を報告
する。
2. 貴健康保険組合被保険者・被扶養者等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. 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。

年 月 日

当事者甲

住所 _____

氏名 _____ (印)

当事者甲が未成年の場合は親権者等

住所 _____

氏名 _____ (印) (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 _____

氏名 _____ (印)