

第三者行為による傷病届（交通事故）

負傷者	被保険者等 記号番号	記号	被保険者氏名	昭・平 年 月 日生（才）		
		番号	住所	〒 TEL:		
	被保険者の 勤務先	名称				
		所在地	〒 TEL:			
負傷者が家族 であるとき	被扶養者氏名	昭・平・令 年 月 日生（才）			続柄	
加害者 (相手方)	氏名	(フリガナ) 昭・平 年 月 日生（才）	住所	〒 TEL:		
	勤務先 名称		所在地	〒 TEL:		
	相手が未成年者 であるとき 親権 者、後見人等	氏名	昭・平 年 月 日生（才）			加害者と の関係
		住所	〒 TEL:			
	加害者不明のとき	その理由				
事故の 内容	傷病名					
	発生日時	年 月 日（曜日） 午前・午後 時 分頃				
	発生時の状況	勤務中・通勤途上・私用外出中・その他（ ）				
	発生場所					
	種別	こちら「車・バイク・自転車・歩行」 ■ 相手「車・バイク・自転車・歩行」				
	事故結果	即死・治療 入院直後の死亡（死亡 年 月 日）・入院中の死亡（死亡 年 月 日）				
	警察への届出	有・無	所轄署	警察署		
	過失の割合	自分の過失割合 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		相手方の過失割合 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		
示談 状況	示談が成立	交渉中	年 月 日現在		請求権を放棄した	
	年月日	成立していない			年月日	
		放棄した理由				

<この届に必要な添付書類>

1. 交通事故証明書 原本
※交通事故証明書が【物件事故】の場合は、「人身事故証明書入手不能理由書」に記入押印のうえ提出してください。
2. 診断書コピー（死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書のコピー）
3. 示談が成立している場合には示談書のコピー等

<注意事項>

- * 自分の過の割合が高く加害者であっても、相手が加害者、あなた（またはあなたの被扶養者）が被害者という立場で記入してください。
- * この傷病が業務上・通勤途上によるもの場合は労働者災害補償保険の扱いとなり、健康保険での受診はできません。

受付日付印

治療の状況

治療状況 (治療順)	①	医療機関名称								
		所在地								
		入院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠責・健保	
		通院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠責・健保	
	②	医療機関名称								
		所在地								
		入院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠責・健保	
		通院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠責・健保	
	③	医療機関名称								
		所在地								
		入院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠責・健保	
		通院	年	月	日から	年	月	日まで	自費・加害者負担・自賠責・健保	
後遺症			ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み							
現在の治療状況 (①～③のいずれかに○、記入してください)			① 現在も治療中 (年 月頃 治療終了予定)							
			② 年 月 日 受診終了							
			③ 年 月 日 症状固定							

相手方の保険加入状況

		自賠責保険				任意保険			
保険会社名等									
証明書(証券)番号		第 号				第 号			
保険契約期間		自 年 月 日 至 年 月 日 (ヶ月)				自 年 月 日 至 年 月 日 (ヶ月)			
契約者	住所	〒 TEL				〒 TEL			
	フリガナ氏名								
保有者	住所	〒 TEL				〒 TEL			
	フリガナ氏名								
取扱窓口	住所	〒 TEL				〒 TEL			
	担当課								
	担当者								
自動車の種別		登録No.		車台No.					
任意一括で ある ・ ない									

※ 任意一括とは、自賠責保険を含めて任意保険会社が一括して対応することです。

事故発生状況報告書（交通事故用）

※自分の過失割合が高くても、相手が甲：加害者、あなた（またはあなたの被扶養者）が乙：被害者という立場で記入してください。

甲（加害者）	氏名		乙（被害者）	氏名	運転・同乗・歩行 その他（ ）					
天候	晴・曇・雨・雪・その他（ ）		交通状況	混雑・普通・閑散	時間帯	昼間・夜間・明け方・夕方				
道路状況	舗装の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	舗装の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 両側 <input type="checkbox"/> 片側	直線またはカーブ	<input type="checkbox"/> 直線 <input type="checkbox"/> カーブ			
	勾配	<input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 坂	見通し	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い	凍結等	<input type="checkbox"/> 積雪路 <input type="checkbox"/> 凍結路	<input type="checkbox"/> なし			
信号または標識	信号の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	一時停止	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	駐車禁止	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他			
速度	甲車両	km/h	（制限速度	km/h）	：	乙車両	km/h	（制限速度	km/h）	
事故現場における相手と被害者の状況を图示してください	事故発生状況略図（道路幅をmで記入してください）									
	自車（乙）									
	相手車（甲）									
	進行方向									
	信号									
	一時停止									
	一方通行									
	人間									
	自転車 オートバイ									
	上記図の説明を書いてください。									

別紙事故証明書に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

年 月 日

報告者 甲との関係（ ）
乙との関係（ ）
氏名

同意書

私が加害者_____に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第57条により、保険者(i D A 健康保険組合)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、次の事項に同意します。

- 1 健康保険組合が損害賠償額の支払いの請求を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。
- 2 私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領した時は、健康保険組合が受領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内容について提供を受けること。
- 3 健康保険組合が医療機関等に対して事故による診療とに関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。
- 4 健康保険組合が保険給付または損害賠償の支払いの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、その内容について情報を提供しまた受けること。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者側と示談をおこなう場合は、必ず事前に健康保険組合にその内容を申し出ること。
- 2 加害者側に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者側から金品を受けたときは、受領日、内容、金額(評価額)をまれなく、すみやかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了報告書を提出または、治療完了日を報告すること。

年 月 日

負傷者(未成年の場合は親権者等)

住 所

氏 名

Ⓔ

負傷者との関係 本人・親権者・法定代理人等

誓 約 書

年 月 日 (場所) において

(相手) 様の被った 傷病の治療費等 (休業補償を含む健康保険給付

について、貴組合が立て替えた治療費等は、貴組合から請求を受けたときは私が負う法律上の賠償責任の
限度 (当方の過失相応分) で、責任をもって弁済することを誓約いたします。

また、あわせて次の事項を遵守いたします。

- 1 相手方と示談をする場合は、必ず前もって貴組合に申し出ること。
- 2 貴組合からの問い合わせ、資料請求等の依頼には、誠意をもって応じること。

以上

i D A 健康保険組合 理事長殿

年 月 日

住所

電話

氏名

Ⓜ

※当事者が未成年の場合は親権者

人身事故証明書入手不能理由書

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、短期間で治療を終了した（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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center; padding: 5px;">警察 担当官</td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 5px;">届出年月日</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">(判明している場合)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	警察 担当官	届出年月日	年 月 日	(判明している場合)		
警察 担当官	届出年月日	年 月 日					
(判明している場合)							

裏面へ ☞ (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： _____ 記載日 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
月 年 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
月 年 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
月 年 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 時 分頃 天候		
発生場所				
当事者	甲	住所	電話 ()	
		氏名	生年月日	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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。