1. 第三者の行為による傷病届（交通事故）

この傷病が業務上・通勤途上災害のときは労働者災害補償保険の扱いとなり、健康保険は使用できません。

ご自身の過失割合が高い場合でも、相手が加害者、ご自身（又はご自身の被扶養者）が被害者という立場で記入してください。

被害者（受診者）	保険証の	記号	0000	被保険者	氏名	産業　太郎
					生年月日	昭・平　××　年　×　月　×　日（××歳）
		番号	654321	住所	〒 105-0014 東京都港区△△○-○-○ TEL（日中の連絡先）090-××××-××××	
	被保険者勤務先	名称	○○○○㈱　△△△支店			
		所在地	〒△△△-○○○○ 東京都渋谷区△△○-○-○ TEL 03-○○○○-○○○○			
	被扶養者が受けた事故であるとき	氏名	産業　花子		続柄	妻
		生年月日	昭・平・令　××　年　○　月　×　日（×○歳）			

被保険者から見て　母・妻・長女など

加害者（相手方）	（フリガナ）氏名	ホケン　ジロウ 保健　二郎	住所	〒○○○-△△△△ 東京都新宿区□□-○○-○ TEL 080-××××-××××	
	生年月日	昭・平　×年　×月　○日			
	勤務先	名称	㈱□□□□		
		所在地	〒×××-○○○○ 東京都中央区△△○-○ TEL 03-□□□□-○○○○		
	相手が未成年であるとき親権者等	（フリガナ）氏名		加害者との関係	
		住所	〒 TEL		
	加害者不明のときの理由				

事故の内容	傷病名	胸骨骨折、右肋骨骨折、頸椎捻挫
	発生日時	令和2　年　○○　月　×　日（　日　曜日）　午前・午後　11　時　30　分頃
	発生時状況	勤務中・通勤途上・私用外出中・その他（　　）
	発生場所	○○区○○町××-△△
	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	治療中・入院中の死亡・即死 （死亡年月日　年　月　日）
	警察へ届出	有・無　所轄署　△△△　警察署
	過失の割合	ご自身の割合：0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 相手の割合：0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
示談状況		交渉中・交渉してない・示談成立（　年　月　日成立） ※示談成立している場合は、示談書の写しを添付してください。

この届出に添えて提出する書類	1.交通事故証明書の写し（交通事故の場合） ※交通事故証明書が「物件事故」の場合や被害者の名前の記載がない場合、別途「人身事故証明書入手不能理由書」を提出してください。 2.診断書の写し(すでに所持している場合) 3.示談書の写し（示談をしている場合） 4.戸籍謄本の写し及び死亡診断書の写し（死亡の場合）

受付印

2. 治療の状況

令和2　年　○○　月　××　日　　現在

この事故で医師の治療を受けましたか	受けた　・　受けない

1・治療を受けた医療機関		
	医療機関名称	××総合病院
	医療機関所在地	〒　□□□-△△△△ 東京都□□区△△町○-×　TEL　03-□□○○-×××××
	支払方法	健康保険・加害者の任意保険・加害者負担・自身の任意保険・自費・ その他（　　）
	治療開始	令和2　年　××月　○日　入院　通院
	治療状況	入院中・通院加療中・治癒(　年　月　日)・症状固定(　年　月　日)・中止
	治療期間	入院　令和2年　××月　○日　～　令和2年　××月　○○日 通院　年　月　日　～　年　月　日
	後遺症	ある・ある見込み・ない・ない見込み
	治癒見込	令和3　年　×　月頃

2・治療を受けた医療機関		
	医療機関名称	○○整形外科
	医療機関所在地	〒　□□□-○○○○ 東京都○○区○○町×-×　TEL　03-□□□□-△△××
	支払方法	健康保険・加害者の任意保険・加害者負担・自身の任意保険・自費・ その他（　　）
	治療開始	令和2　年　○○月　××日　入院　通院
	治療状況	入院中・通院加療中・治癒(　年　月　日)・症状固定(　年　月　日)・中止
	治療期間	入院　年　月　日　～　年　月　日 通院　令和2年　○○月　××日　～　年　月　日
	後遺症	ある・ある見込み・ない・ない見込み
	治癒見込	令和3　年　×　月頃

3・治療を受けた医療機関		
	医療機関名称	
	医療機関所在地	〒 TEL
	支払方法	健康保険・加害者の任意保険・加害者負担・自身の任意保険・自費・ その他（　　）
	治療開始	年　月　日　入院　通院
	治療状況	入院中・通院加療中・治癒(　年　月　日)・症状固定(　年　月　日)・中止
	治療期間	入院　年　月　日　～　年　月　日 通院　年　月　日　～　年　月　日
	後遺症	ある・ある見込み・ない・ない見込み
	治癒見込	年　月頃

4つ以上の医療機関に受診した場合は、この用紙をコピーしてお使いください。

3. 事故発生状況報告書

ご自身の過失割合が高い場合でも、相手が加害者、ご自身（又はご自身の被扶養者）が被害者という立場で記入してください。

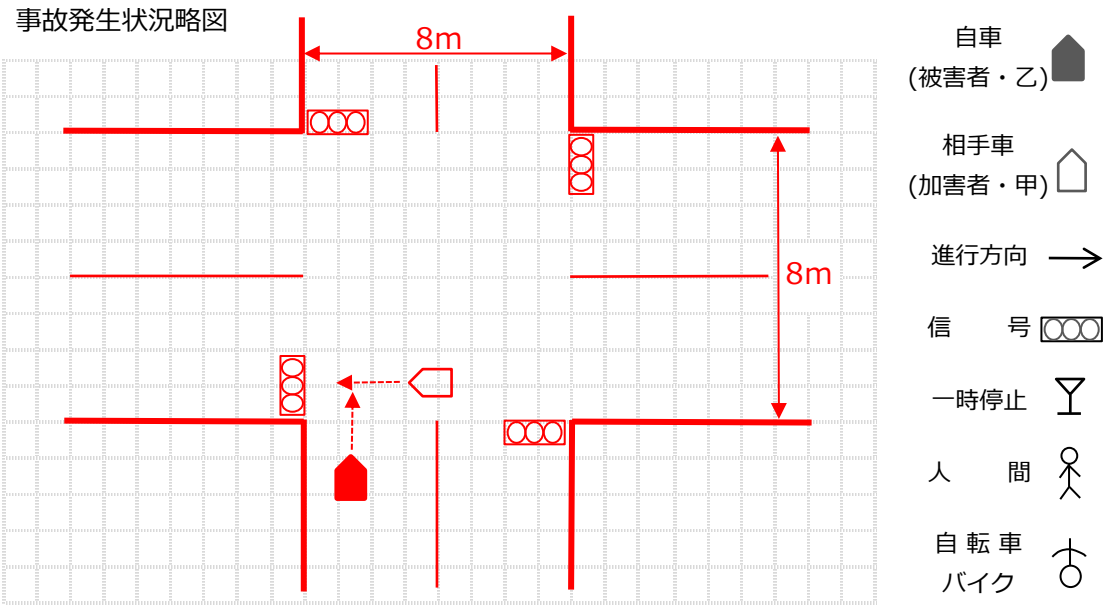
甲(加害者)	(フリガナ) 氏　名	ホケン　ジロウ 保健　二郎	事故発生時、乙は… 運転・同乗(乙車 ・ 乙車以外の車 ・ 甲車) 歩行 ・ その他 (　　)
乙(被害者)	(フリガナ) 氏　名	サンギョウ　ハナコ 産業　花子	

天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	明け方・昼間・夕方・夜間

道路状況	舗装 { してある / してない }　歩道（両・片）{ ある / ない }　見通し { 良い / 悪い } 平坦・坂　直線・カーブ　積雪路・凍結路
信号又は標識	信号 { ある { 自車側信号(青・黄・赤) / 相手側信号(青・黄・赤) } / ない }　駐車禁止 { されている / されていない }　その他・標識 { 有 / 無 }
速　度	甲車　70　km/h(制限速度　60　Km/h)：乙車　」40　km/h(制限速度　60　Km/h)

事故現場における加害者と被害者との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。

※歩道、横断歩道、信号機、一時停止標識がある場合は必ず記入してください。

事故内容（状況）についてご説明ください

プライベートで自動車運転中、信号が青で交差点を直進したところ、相手車が

スピードを上げて赤信号を進入してきたため、自車の右側に衝突された。

令和2 年 ○○ 月 ×× 日

報告書作成者氏名　産業　太郎　㊞

報告者　甲との関係　(　　)

乙との関係　(　夫　)

4. 損害賠償責任保険契約内容

加害者（相手方）の保険		自賠責保険	任意保険（対人） 個人賠償責任等
保険会社名称		㈱○○○損害保険	△△△海上保険㈱
証書番号		×××-00000	○○○-11111
保険契約期間		自 2020 年 1 月 1 日 至 2022 年 12 月 31 日	自 2020 年 1 月 1 日 至 2020 年 12 月 31 日
契約者	住所	〒 ○○○-△△△△ 東京都新宿区□□-○○-○ TEL 080-××××-××××	〒 同左 TEL
	(フリガナ) 氏名	保健　二郎	同左
保有者	住所	〒 同上 TEL	〒 同左 TEL
	(フリガナ) 氏名	同上	同左
保有者と運転者の関係		(本人)・従業員・親族・その他（　　）	(本人)・従業員・親族・その他（　　）
取扱窓口	所在地	〒 000-×××× 東京都港区○○○-× TEL 03-××××-○○○○	〒 000-□□□□ 東京都中央区×××－○ TEL 03-□□□□-△△△△
	部署名	△△サービスセンター第△課	○○○サービスセンター第△課
	(フリガナ) 担当者	○○○　○○○ ◇◇◇　○○	×××　××× △△　○○○

※相手方が徒歩や自転車の場合で、保険未加入の場合は保険会社名のところに未加入と記入してください。

被害者の人身傷害保険		任意保険（対人）
保険会社名称		△△△△火災海上保険㈱
取扱窓口	所在地	〒 000-△△△△ 東京都中央区□□□-○○○ TEL 03-△△△△-□□□□
	部署名	□□□サービスセンター第△課
	(フリガナ) 担当者	□□□　○○○ △△△　□□□

※被害者の人身傷害保険が保険金支払もしくは示談代行サービスを行っている場合は、上記を記入してください。

5. 念書　兼　同意書

令和2 年〇〇月×日 において(加害者名) 保健　二郎　　の不法行為により(被害者名) 産業　花子

の被った事故について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条第1項の規定によって、健康保険組合が給付の価額の限度において取得行使し、かつ損害賠償金を受領すること、及び求償事務に必要な範囲で当該事案に関する私の個人情報を加害者、医療機関、損害保険会社等から取得し、かつ損害保険会社、医療機関、加害者および弁護士等の代理人に提供することについて同意し、異議のないことを、ここに書面をもって申し立てます。

なお、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行う場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ます。

2. 加害者に白紙委任状を渡しません。

3. 加害者側から金品を受けたときは、受領年月日、内容金額(評価額)をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ます。

4. 自賠責保険に被害者請求する場合には、必ず前もって貴職にその内容を申し出ます。

5. 治療が完了した場合には、治療完了日を報告します。

6. 加害者から同一事由による治療費(10割分)・休業損害・葬祭費等を受けた場合には、その受けた価額の限度で、先に受けた治療費(7、8割健康保険組合の負担分)・高額療養費・傷病手当金・埋葬料(費)等の一部もしくは全額を返納します。

令和　2　年　〇〇　月　××　日

〇被害当事者

住　所　東京都港区△△〇-〇-〇

氏　名　産業　花子　㊞

〇届出者(被保険者)

住　所　東京都港区△△〇-〇-〇

氏　名　産業　太郎　㊞

産業機械健康保険組合　殿