

# 交通事故、自損事故、第三者(他人)等の行為による傷病(事故)届

届出者	被保険者証 記号番号	99999999 000	被保険者 氏名	健保 一郎 		職種	事務	
	事業所名 (勤め先)	(株) 食品		所在地 (勤め先)	〒000-0000 大阪市××区××町1-1 TEL(××-××××-××××)			
被害者 (受診者)	氏名	健保 春子 	才	続柄	妻	住所	〒×××-×××× 大阪市 区 町2-2 TEL(××-××××-××××)	
	事故内容	自動車事故  バイク事故・自転車事故・歩行中・殴打・刺傷・その他( )						
	警察への届出有無	有  人身事故・物損事故 注1 ( 大阪×× 警察署) 無:(理由						
加害者 (第三者)	氏名	協会 太郎 	才	住所	〒000-0000 大阪市 区 町3-3 TEL(××-××××-××××)			
	勤務先 又は職業	工業 (株)		所在地	〒000-0000 大阪市++区++町4-4 TEL(××-××××-××××)			
加害者が不明の理由								
事故発生	平成 25年 1月 1日(火曜)	前  9 時 15 分	発生 場所	大阪 	××区××	町 	1-1	
過失の度合	(自分) 被害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		(相手) 加害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9  10			
事故証明書を参考にわかる範囲で記入してください				自動車保険	決まっている場合は記入してください			
傷病 が 賠償 交通 事 故 に よ る 保 険 き	自 賠 責 保 険	保険会社名	保険 株式会社		取扱店 所在地	〒000-0000 大阪市 区 町5-5 TEL(××-××××-××××)		
		保険契約者名 (名義人)	協会太郎	住所 (所在地)	大阪市 区 町3-3		関係 保有者との 本人 加害者との	
		自動車の種別	普通乗用	府県名	登録番号	なにわ500あ9999	車台番号	
		自賠償証明書番号	ABCD12345-XYZ		保険期間	自 平成 24年 4月 1日 至 平成 25年 3月 31日		
		自動車の保有者名	協会 太郎		住所 (所在地)	大阪市 区 町3-3	加害者との 関係 本人	
任 意 保 険	保険会社名	保険 株式会社		取扱店 所在地	〒000-0000 大阪市 区 町6-6 担当者名 損保 二郎 TEL(××-××××-××××)			
	保険契約者名	協会 太郎		住所 (所在地)	〒000-0000 大阪市 区 町3-3			
	契約証書番号	XXX-123456789-9		保険期間	自 平成 24年 4月 1日 至 平成 25年 3月 31日			
	保険契約期間	平成 24年 4月 1日 ~ 平成25年 3月 31日		任意一括について  有 無 注2				

注1

物損事故で  
処理した場  
合 別途「人身事故証明入手不能届」の  
提出を求める場合があります。

注2

任意一括とは、自賠償保険だけの対応ではな  
く、任意保険会社が対応している場合です。

受付日付印

治療状況 (治療順)	名称	病院	入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険
	所在地	大阪市 区 町1 - 1	通院	25年 1月 1日から 25年 1月 3日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険
	名称	医院	入院	25年 1月 3日から 25年 3月16日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険
	所在地	大阪市 区 町2 - 2	通院	25年 3月17日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険
	名称	不明な場合は記入不要です		年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険
	所在地			年 月 日から 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠償・社会保険

治癒見込み (治療終了日)	25年6月頃 ( 年 月 日 終了)	(注)治療費の支払区分を医療機関に確認して○で囲んでください。 治療が終了しているときは、最終受診日をご記入ください。
------------------	-----------------------	--

休業補償	休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつける) <input checked="" type="radio"/> 加害者が負担(保険会社) <input type="radio"/> 職場から支給 <input type="radio"/> 自賠償へ請求 <input type="radio"/> 社会保険へ傷病手当金 <input type="radio"/> その他 (被害者加入の人身傷害保険へ請求など) の請求予定								
	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin: 5px;">           相手方からの休業補償と社会保険からの傷病手当金を両方とも全額受けることはできませんので、傷病手当金の支給を受けた後、相手方から休業補償を支払われた場合はお返しいただくこともあります。         </div>								
示談賠償の状況	示談又は和解(該当に○をつける)    示談している場合は、示談書の写しを添付すること した・ <input checked="" type="radio"/> 交渉中・しない(理由)								
支払状況	加害者や損害保険会社からの仮渡金・治療費・付添料などもらった場合や示談・話し合いの状況を具体的に記入すること <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin: 5px;">           受取済みのものがあればご記入ください         </div> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">【受領日・金額】</td> <td style="width: 50%;">【受領したものの名目】</td> </tr> <tr> <td>月 日 円</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>月 日 円</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>月 日 円</td> <td>( )</td> </tr> </table>	【受領日・金額】	【受領したものの名目】	月 日 円	( )	月 日 円	( )	月 日 円	( )
【受領日・金額】	【受領したものの名目】								
月 日 円	( )								
月 日 円	( )								
月 日 円	( )								

**交通事故以外**の被害行為(飼犬等の咬傷を含む)の場合は、事故発生状況を下欄に具体的に記入して下さい。    交通事故の場合はこの欄に記入せず、事故状況発生報告書に記入ください。

---

(事故発生状況)

# 負傷原因

業務上・通勤途上の場合健康保険は使用できません。労災保険になりますので労働基準監督署へご相談ください。既に健康保険をご使用されている場合は一度お返しいただき、労災への切替をしていただく必要があります。

被保険者記号番号	99999999 000	被保険者氏名	健保 一郎	
事業所名	(株) 食品	所在地	大阪市××区××町1-1	
職種	事務	就業時間	AM 9 時 00 分から PM 5 時 00 分まで	
被扶養者が負傷したとき	氏名	健保 春子	被保険者との続柄	妻

負傷の原因	<input type="radio"/> いつ(平成 25 年 1 月 1 日 (火曜) <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">午前</span> 9 時 15 分頃)
	<input type="radio"/> その日は 勤務日 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">公休日</span> 会社の休日 私用で休み
詳細に記述すること	<input type="radio"/> どこで(場所) 大阪市××区××町1-1付近
	<input type="radio"/> なにをしているときですか 具体的にご記入ください。 (なにをしに行くときですか) 買い物
詳細に記述すること	<input type="radio"/> パート・バイト中の場合 被扶養者が勤務しているときはご記入ください。 勤務先名称 勤務先住所 (TEL - - )
	<input type="radio"/> 出勤又は退社して帰宅中の負傷の場合は、会社から帰宅までを裏面に図示し通勤経路及び負傷場所を記入してください。
詳細に記述すること	<input type="radio"/> 次の欄は該当するものの番号を○印で囲んでください。 1. 職務中に生じた 2. パート・バイト中に生じた <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">3. 私用中に生じた</span> 4. 事業所内で生じた 5. 事業所内で休憩中に生じた 6. 出勤の途中 7. 退社して帰宅中 8. 自宅において 9. 会社主催の体育祭等において
	<input type="radio"/> 他人の行為によって負傷させられたときは、その相手の 住所 大阪市 区 町3-3 氏名 協会 太郎 (TEL ×× - ×××× - ××××)

上記のとおり相違ありません

平成 25 年 1 月 4 日

被保険者の住所 大阪市 区 町2-2  
氏名 健保 一郎



# 事故発生状況報告書

保険証明書 番号	第 ABCD12345-XYZ 号	当事者	甲 (相手・第三者)	氏名	協会 太郎 (電話) ××-××××-××××	
自動車の番号	なにわ500 あ 9999	乙 (受診者)	氏名	健保 春子 (電話) ××-××××-××××	運転・同乗 歩行・その他	
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方	
道路状況	舗装 してある していない	歩道(両・片)	ある ない	直線	カーブ	
	平坦	坂	見通し	良い 悪い	積雪路 凍結路	
信号又は標識	信号 あり ない	自車側信号(青・赤)	相手側信号(青・赤)	駐停車禁止	されている されていない	その他の標識
速度	甲車両 45 km/h(制限速度 40 km/h)・乙車両 0 km/h(制限速度 40 km/h)					

事故現場における自動車と被害者と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。)	できるだけ詳細に記入してください
		<ul style="list-style-type: none"><li>自車</li><li>相手車</li><li>進行方向</li><li>信号</li><li>一時停止</li><li>人</li><li>自転車</li><li>バイク</li></ul>

上記図の説明を書いてください。	赤信号で停車中、後ろから追突された。

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

平成 25年 1月 4日

報告者 甲との関係( )  
乙との関係(夫) 氏名 健保 一郎



# 念書

平成 25年 1月 1日(相手方氏名) 協会太郎 の行為により(受診者氏名) 健保春子 の被った保険事故について、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項の規定によって全国健康保険協会大阪支部が保険給付の価額の限度において取得行使し、賠償金を受領されることに異議のないことを、ここに書面をもって申し立てます。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。

平成 25年 1月 4日

被保険者

住 所 大阪市 区 町2-2

氏 名 健保 一郎



全国健康保険協会 大阪支部長 殿

# 損害賠償金納付確約書・念書

交通事故の相手に記入してもらう書類

(受診者氏名)

平成25年 1月 1日 健保春子 に傷害を負わせましたが、この傷害に係

る損害賠償請求権を保険給付価格の限度において、全国健康保険協会大阪支部  
が代位取得し、全国健康保険協会大阪支部から損害賠償金（保険給付）の請求  
を受けたときは、私の過失割合の範囲において納付することを確約しますの  
で、保険給付してください。

また、自動車賠償責任保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合で、  
全国健康保険協会大阪支部が私に請求したときは、損害賠償に応じることをあ  
わせて確約します。

平成 25年 1月 4日

相手方の任意保険会社をご対応されるのであれば、そちらのご署名、捺印でも結構です。

損害賠償支払義務者（未成年の場合は親権者）

住 所 大阪市 区 町3-3

氏 名 協会 太郎



TEL( ××-××××-×××× )

相手方から署名捺印  
がもらえない場合は  
その理由をご記入く  
ださい。

全国健康保険協会 大阪支部長 殿

【本件についてのご意見】 ご意見があればご記入ください。

例) 相手と連絡が取れないため、相手方から署名をもらうことはできません。

受診された方の医療費に関する  
個人情報を取り扱いますので  
その旨の同意書になります。

## 同意書

私が自動車事故で被った傷病により受けた健康保険法による保険給付は、健康保険法第57条の規定により、全国健康保険協会大阪支部が保険給付の価額の限度において、私が加害者に対して有する賠償請求権を取得することになります。

つきましては、全国健康保険協会大阪支部が損害賠償額の支払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の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社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ときは、全国健康保険協会大阪支部は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、損害保険会社からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

負傷者(親権者)がご記入いただく欄

平成25年 1月 4日

同意者

住 所 大阪市 区 町2-2

氏 名 健保 春子



相手方の自賠償証明書番号

自賠償証明書番号 ( ABCD12345-XYZ )

全国健康保険協会 大阪支部長 殿

# 人身事故証明書入手

警察署への届が物損事故扱いの場合や事故の届けを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必要な書類です

(表面)

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  
(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)

理由	<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 checked="" 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]
----	---

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。

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	大阪 × × 警察 山田 担当官 (判明している場合)	届出年月日	25 年 1 月 1 日
------	--------------------------------	-------	--------------

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、発行日時、発生場所等を記入してください。

事故の相手方、もしくは目撃者のご署名、ご捺印

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を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 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他 ( ) 該当する項目に印をしてください	住所	〒 × × × × × × × ×	記入日	25 年 1 月 4 日
		大阪市 区 町 3 - 3		
	氏名	協会 太郎		(印)
	電話	× × ( × × × × ) × × × ×		

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求(法第16条請求)する場合には、保険契約者、運転者などの方、または目撃者の方にご記入ください。賠償をした側が請求(法第15条請求)を受けた側の方、または目撃者の方

事故の相手方、もしくは目撃者の方のご署名・捺印がもらえない場合は、空白欄に理由を記入の上、負傷者(親権者)が、ご署名・捺印下さい。  
例) ・相手と連絡が取れないため、相手方から署名をもらうことはできません。  
・相手が協力してくれません。 など

(保険会社使用欄) 該当する口  
人身事故としての警察への届出の請求関係書類の確認により、または相違ないとことを確認しました。

確認日	確認先	確認方法
年 月 日	病院 目撃者 運転者 被害者 修理工場 その他( )	電話 文書 面談
年 月 日	病院 目撃者 運転者 被害者 修理工場 その他( )	電話 文書 面談
年 月 日	病院 目撃者 運転者 被害者 修理工場 その他( )	電話 文書 面談

その他・特記事項 { }



交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、記載不要です。

書 裏面)

(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		25年 1月 1日 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">午前</span> 9時 15分頃 天候 晴れ			
発生場所		大阪市××区××町1-1先路上			
当事者	甲	住所	大阪市 区 町3-3 電話 ××(××××)××××		
		氏名	協会 太郎	生年月日	明・大 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭</span> 平 56年10月10日(00)才
		自賠償保険契約先	保険 株式会社	自賠償保険証明書番号	第 A B C D 1 2 4 5 - X Y Z 号
		登録番号	なにわ500あ9999	事故時の状況	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">運転</span> 同乗(甲・乙)・歩行・その他
	乙	住所	大阪市 区 町2-2 電話 ××(××××)××××		
		氏名	健保 春子	生年月日	明・大 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭</span> 平 50年 3月 3日(00)才
		自賠償保険契約先	××海上保険 株式会社	自賠償保険証明書番号	第 Z Y X W 9 8 7 6 - 5 号
		登録番号	なにわ555ん1111	事故時の状況	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">運転</span> 同乗(甲・乙)・歩行・その他
	丙	住所	大阪市 区 町3-3 電話 ××(××××)××××		
		氏名	協会 冬美	生年月日	明・大 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭</span> 平 58年11月11日(00)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 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">同乗</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">甲</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">乙</span> ・歩行・その他
	丁	住所	大阪市 区 町2-2 電話 ××(××××)××××		
		氏名	健保 夏子	生年月日	明・大 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭</span> 平 50年 5月 5日(00)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 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">同乗</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">甲</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">乙</span> ・歩行・その他
戊	住所	電話 ( )			
	氏名		生年月日	明・大 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。