

第三者の行為による傷病届 (交通事故・同乗事故)

				受付印

- 添付書類：①事故発生状況報告書 ②念書・同意書
③誓約書（相手方記入）④交通事故証明書（コピー可）

- 注意 ①自分の過失の度合いが高く加害者であっても、**相手が加害者、あなた又はあなたの被扶養者(家族)が被害者という立場で記入してください。**
②**自損事故での同乗者**の場合は、**運転者の方が事故の相手**という立場で記入してください。

事故状況	事故日	〇〇〇年 〇月 〇日 (△ 曜日) 午前・ 午後 〇時 〇分ごろ		
	発生場所	〇〇 都・道 府 県	〇〇〇 区 市 ・郡	〇〇〇〇 町村 〇-△-□
	届出警察	〇〇 警察署		
	事故の種類	交通事故証明書をご参照ください	人身事故 物損事故	負傷者が出た事故 怪我人が出ずに自動車や建物などの損壊で済んだ事故
	示談状況	交渉中 成立していない	〇〇〇年 〇月 〇日現在	成立 年 月 日

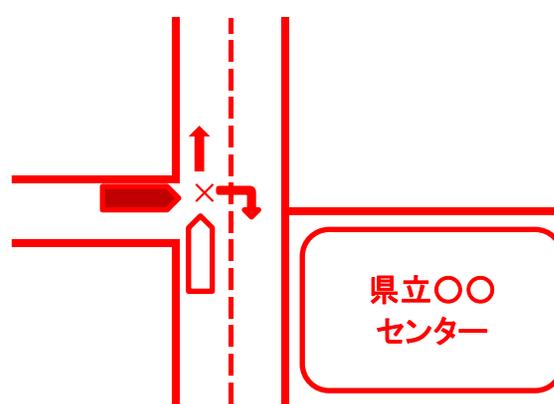
負傷者	被保険者等の 記号・番号	〇〇〇	〇〇〇〇	被保険者 氏名	健保 太郎	
	負傷者 氏名	同上				
	住所	〇〇県△△市□□ 〇-△-□			TEL	123-456-7890
	事故時状況	徒歩・自転車・オートバイ・ 乗用車 ・同乗・その他()				
	運転状態	正常運転 飲酒・無免許・いねむり・速度()kmオーバー・その他()				
	発生状況	就業時間中・通勤途中・ 私用外出中 ・その他() ※就業時間中・通勤途中の負傷は労災保険適用です。健康保険は使用できません。				
受診状況	病院名	△△総合病院		入院の有無	有 14日間)・無	
	傷病名	左足複雑骨折		治癒見込み	全治 2ヶ月 見込	

事故の相手	氏名	横浜 次郎					
	住所	△△県□□市〇〇 □-〇-△			TEL	0123-45-6789	
	勤務先	名称	〇×商事株式会社				
		所在地	××県〇〇市□□ ×-△-□			TEL	0987-65-4321
	事故時状況	徒歩・自転車・オートバイ・ 乗用車 ・同乗・その他()					
	相手が未成年者であるとき、親権者、後見人等	氏名					
		住所				TEL	
	相手方の保険	保険会社名	自賠責保険		任意保険		
			〇〇損害保険株式会社		〇〇損害保険株式会社		
		証券番号	987-6543-21		AB-123456		
		保険契約期間	自	〇〇〇年 〇月 〇日		自	〇〇〇年 〇月 〇日
			至	〇〇〇年 〇月 〇日		至	〇〇〇年 〇月 〇日
契約者		住所	〒 ×××-〇〇〇〇 TEL 0123-45-6789 △△県□□市〇〇 □-〇-△		〒 TEL 同左		
		氏名	横浜 次郎		同左		
所有者		住所	〒 TEL 同上		〒 TEL 同左		
	氏名	同上		同左			
取扱い窓口	住所	〒 〇〇〇-×××× TEL 0120-〇〇〇-△△△ 〇×県△△市□□ 〇-△ 〇〇ビル		〒 〇〇〇-×××× TEL 0120-〇〇〇-△△△ 〇×県△△市×× 〇-△-× □□ビル			
	担当課	〇〇支社 自動車保険		〇△サービスセンター			
	担当者	〇〇 〇〇		〇〇 〇〇			

■お問い合わせ・送付先 〒247-0072 神奈川県鎌倉市岡本2-13-18 富士ソフト健康保険組合
(TEL) 0467-47-3918 (mail) mmkenpo@fsi.co.jp

事 故 発 生 状 況 報 告 書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。
 なお、診療報酬明細書（レセプト）の使用に対し一任いたします。

運 転 者	甲（事故の相手）	氏 名 横浜 次郎			
	乙（当時者）	氏 名 健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 運 転 <input type="checkbox"/> 同 乗 <input type="checkbox"/> 歩 行、その他		
天 候	<input checked="" type="checkbox"/> 晴、曇、雨、雪、霧	交 通 状 況	混 雑、普 通、 <input checked="" type="checkbox"/> 閑 散	明、暗	<input checked="" type="checkbox"/> 昼 間、 <input type="checkbox"/> 夜 間、 <input type="checkbox"/> 明 け 方、 <input type="checkbox"/> 夕 方
道 路 状 況	舗 装	<input type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> していない	歩 道（両、片）	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> な い	直 線、カーブ、 <input checked="" type="checkbox"/> 交 差 点
	<input checked="" type="checkbox"/> 平 坦、 <input type="checkbox"/> 坂	見 通 し	<input type="checkbox"/> 良 い <input checked="" type="checkbox"/> 悪 い		
信 号 又 は 標 識	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> な い	信 号	<input checked="" type="checkbox"/> 駐 停 車 禁 止 <input type="checkbox"/> されてい ない	<input checked="" type="checkbox"/> されてい る <input type="checkbox"/> されてい ない	そ の 他 の 標 識
速 度	甲 車 両 10 km/h（制限速度 40 km/h）	乙 車 両 40 km/h（制限速度 40 km/h）			
事 故 現 場 に 於 け る 自 動 車 と 被 害 者 と の 状 況 を 図 示 下 さ い。	事 故 発 生 状 況 略 図（道 路 幅 を m で 記 入 し て 下 さ い）				
	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;"> ※ 簡 素 に わ か り や す く 記 入 し て く だ さ い。 </div> 				
	甲 車  甲 車 以 外 の 車  進 行 方 向  信 号  一 時 停 止  人 間  自 転 車 オ ー ト バ イ 				
上 記 図 の 説 明 を 書 い 下 さ い	自 車（甲 以 外）運 転 し 道 路 直 進 中、信 号 機 の な い 交 差 点 内 に お い て、 甲 車 と 出 会 い 頭 に 衝 突 し 負 傷 し た。				

〇〇〇 年 〇 月 〇 日

報告者 乙との関係 (本人) 氏名 健保 太郎

念書

(加害者への損害賠償請求権について)

事故発生年月日	〇〇〇年 〇月 〇日		
事故発生場所	〇〇県 〇〇〇市 〇〇〇〇 〇-△-□		
被害者氏名	健保 太郎	相手方氏名	横浜 次郎

上記事故に関して、私が保険給付を受けた場合には、私が加害者に対して有する損害賠償請求権及び保険会社等（相手方もしくは私が損害賠償請求できる者が加入する自動車保険・自賠責保険会社（共済）等をいう。以下同じ）に対する被害者請求権を健康保険法57条の規定によって、保険給付の価額の限度で取得し、損害賠償金を受領することについては承知しました。

また、併せて下記の以下の事項を遵守することを誓約します。

- 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴健康保険組合に連絡します。
- 相手方に白紙委任状を渡しません。
- 相手方から金品を受け取った際は、受領の年月日・内容・金額（評価額）等をもれなく、かつ遅滞なく貴健康保険組合に連絡します。

同意書

(個人情報の取扱いについて)

上記事故に関して、私の個人情報及びこの念書の取り扱いにつき、以下の事項に同意します。

- 貴健康保険組合が、私の保険の請求、決定及び給付（その見込みを含む）の状況等について私が保険金請求権を有する人身傷害保険等取扱い保険会社（共済）に対して提供すること。
- 貴健康保険組合が、私の保険の給付及び上記請求の業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む）等）について保険会社を含む加害者側から提供を受けること。
- 貴健康保険組合が、私の保険給付及び上記請求の業務に関して必要な事項（診療報酬明細書（レセプト）等の保険給付額の算出基礎となる資料）について、保険会社を含む加害者側に対して提供すること。
- この念書および同意書を保険会社を含む加害者側へ提示すること。

富士ソフト健康保険組合 理事長殿

〇〇〇年 〇月 〇日

被保険者氏名 健保 太郎

負傷者氏名

↑負傷者氏名が被保険者と同じ場合は1箇所の記入で可

誓約書

(貴健保組合が一時立替えた治療費等について)

〇〇〇年 〇月 〇日 (場所) 〇〇県 〇〇〇市 〇〇〇〇 〇-△-□ で発生した
事故により、(相手) 健保 太郎 が被った傷病の治療費等を、一旦貴健保組合で、
立て替えていただきたくお願い致します

なお、立て替えていただいた治療費等は、当事者間の過失割合により、当方の過失相応分に対し
貴組合から請求があった場合は、指定納付期限までにすみやかに全額納付いたします。

また、あわせて次の事項を遵守することを誓約いたします。

- 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
- 貴組合からの問い合わせ・資料提出等の依頼に、誠意をもって応ずること

以上

富士ソフト健康保険組合 理事長殿

〇〇〇年 〇月 〇日

誓約者

住所 △△県□□市〇〇 □-〇-△
氏名 横浜 次郎
電話番号 0123-45-6789

連帯保証人(誓約者との続柄:)

住所 _____
氏名 _____
電話番号 _____

交通事故による場合の連帯保証人(保険会社)

住所 〇×県△〇市×× 〇-△-× □□ビル
保険会社名 〇〇損害保険株式会社
電話番号 0120-〇〇〇-△△△
担当者氏名 〇〇 〇〇