

常務理事	事務長	課長	係長	扱者

第三者行為による傷病届（交通事故）

被保険者	被保険者記号・番号 / 事業所名	記号	番号	事業所名 (勤務先)
	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏名		生年月日 年 月 日
	住所 / 電話	住所		電話番号 — —
(負傷者) 被害者	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏名		生年月日 年 月 日
	住所 / 電話	住所		電話番号 — —
(第三者) 加害者	氏名	ふりがな 氏名		
	住所 / 電話	住所		電話番号 — —
事故発生状況	事故発生日時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分		
	事故発生場所			
	労災保険対象の確認 ※確認の上チェックを入れてください	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 ※労災保険の給付対象となる負傷の場合、健康保険は使用できません。		<input type="checkbox"/>
自賠責保険 (加害者)	保険会社名 / 電話番号	保険会社名		電話番号 — —
	保険契約者名 / 住所	ふりがな 氏名		住所 〒
	登録番号 / 車両番号 / 証明書番号	登録番号	車台番号	証明書番号
	保険期間	保険期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日	
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 取扱店所在地	保険会社名		取扱店所在地 〒
	連絡先 / 担当部署 / 担当者名	連絡先	— —	担当部署 担当者名
	保険契約者名 / 住所	ふりがな 氏名		住所 〒
	保険期間	保険期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日	
	証明書番号 / 任意対人一括の有無	証明書番号	契約番号	任意対人一括の有無 有・無
被害者加入保険会社の関与の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名		担当部署
	※有の場合右欄を記入	担当者		電話番号 — —
傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和 年 月 日	本届出書を損害保険会社等（業務委託先を含む）の支援を受けて作成した場合はチェック		<input type="checkbox"/>

受付日印

本書には下記の書類を添付してください。
 <添付書類>
 ・ 負傷原因届
 ・ 事故取扱警察署の事故証明書（原本） ※自動車安全運転センターにて交付を受けてください。
 ・ 示談書の写し（示談が成立している場合）

常務理事	事務長	課長	係長	抜者

第三者行為による傷病届（交通事故）

被保険者	被保険者記号・番号 / 事業所名	記号	9999	番号	9999	事業所名(勤務先)	(株)健保企画			
	氏名 / 生年月日	ふりがな	けんぼ たろう			生年月日	平成〇年	〇〇月	〇〇日	
	住所 / 電話	住所	〒 999-9999 横浜市西区北幸〇-〇-〇			電話番号	999	- 9999	- 9999	
(負傷者)	氏名 / 生年月日	ふりがな	けんぼ はなこ			生年月日	平成〇年	〇〇月	〇〇日	
	住所 / 電話	住所	〒 999-9999 横浜市西区北幸〇-〇-〇			電話番号	999	- 9999	- 9999	
(第三者)	氏名	ふりがな	あんぜん じろう			氏名	安全 次郎			
	住所 / 電話	住所	〒 999-9999 横浜市西区北幸〇-〇-〇			電話番号	999	- 9999	- 9999	
事故発生状況	事故発生日時	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 午前・(午後) 2時 30分								
	事故発生場所	横浜市西区北幸 〇〇-〇〇								
	労災保険対象の確認 ※確認の上チェックを入れてください	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 ※労災保険の給付対象となる負傷の場合、健康保険は使用できません。							<input checked="" type="checkbox"/>	
自賠責保険(加害者)	保険会社名 / 電話番号	保険会社名	〇〇損害保険			電話番号	999	- 999	- 9999	
	保険契約者名 / 住所	ふりがな	あんぜん じろう			住所	〒 999-9999 横浜市西区北幸〇-〇-〇			
	登録番号 / 車両番号 / 証明書番号	登録番号	〇〇〇〇	車台番号	横浜〇〇〇 あ〇〇〇〇	証明書番号	〇〇〇〇〇〇〇〇			
	保険期間	保険期間	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日							
任意保険(加害者)	保険会社名 / 取扱店所在地	保険会社名	〇〇損害保険			取扱店所在地	〒 999-9999 横浜市西区北幸〇-〇-〇			
	連絡先 / 担当部署 / 担当者名	連絡先	999	- 999	- 9999	担当部署	〇〇損害サービス課	担当者名	〇〇	
	保険契約者名 / 住所	ふりがな	あんぜん じろう			住所	〒 999-9999 横浜市西区北幸〇-〇-〇			
	保険期間	保険期間	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日							
	証明書番号 / 任意対人一括の有無	証明書番号	〇〇〇〇	契約番号	〇〇〇〇	任意対人一括の有無	(有) . 無			
被害者加入保険会社の関与の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ※有の場合右欄を記入	保険会社名	△△損害保険			担当部署	損害サービス課			
		担当者	〇〇			電話番号	999	- 999	- 9999	
傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日					本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック			<input checked="" type="checkbox"/>	

受付日印

本書には下記の書類を添付してください。

<添付書類>

- ・ 負傷原因届
- ・ 事故取扱警察署の事故証明書(原本) ※自動車安全運転センターにて交付を受けてください。
- ・ 示談書の写し(示談が成立している場合)

事故発生状況報告書

事故証明書番号	第 〇〇〇〇〇 号	当事者	甲 (加害者)	氏名	安全 次郎		
自動車の登録番号	〇〇〇〇〇	乙 (被害者)		氏名	健保 花子	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: (ある・ない) ・ 道路の見通し: (良い・悪い) 中央車線: (ある・ない) ・ 道路の状況: (直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路)						
信号又は標識	信号: (ある・ない) ・ 自転車側信号: (青・赤・黄) ・ 相手側信号: (青・赤・黄) 駐停車禁止: (されている・されていない) ・ その他標識: ()						
速度	甲車両: 50 km/h (制限速度 40 km/h) ・ 乙車両: 0 km/h (制限速度 40 km/h)						
事故現場状況図	(右の記号を使って乙の立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入してください。)						
							<div style="margin-bottom: 5px;">自 車(乙) </div> <div style="margin-bottom: 5px;">相手車(甲) </div> <div style="margin-bottom: 5px;">進行方向 </div> <div style="margin-bottom: 5px;">信 号 </div> <div style="margin-bottom: 5px;">一時停止 </div> <div style="margin-bottom: 5px;">人 </div> <div style="margin-bottom: 5px;">自 転 車 バ イ ク </div>
事故発生 の状況 (経緯)	私用で国道15号を乗用車で運転中、赤信号で停車していたところ信号無視をした加害者の車に後方から追突された。						
被害者の 負傷 状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input checked="" type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他 ()					
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 () <small>(パート・アルバイト含む)</small>					
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	労災特別加入※	<small>※社長、役員等の経営者が加入する労災保険</small> (被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無					

上記内容に間違いありません。

※署名又は記名・押印

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

届出者(被保険者) :
※未成年の場合は親権者等

健保 太郎

(注) 本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰ってください。

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、保険者である首都圏デジタル産業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 保険者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の請求をし、保険金等を受領したときは、保険者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、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること。
- 3 保険者が医療機関等に対して事故による診療等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 保険者が保険給付又は損害賠償の支払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、その照会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（保険会社・共済団体）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（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社・共済団体）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。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

年 月 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住 所

氏 名



※署名又は記名押印

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	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	年 月 日

次項へ (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、次項の事故当事者、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、関係者の署名もしくは記名・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、人身事故の事実と相違ありません。			
<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： _____		
※ 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、自賠償保険に請求(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、人身事故の事実と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。