

健康保険

第三者の行為による傷病届(交通事故)

令和 年 月 日					
常務理事	事務局長	部長	課長	係長	係

(その1) 本人・**家族**

被(受)害(診)者(者)	被保険者 記号・番号・氏名	記号	123	番号	4567	氏名	健保 太郎		
	被保険者の現住所	〒 000-0000 東京都文京区湯島〇-〇-〇 Tel 03-0000-0000				生年月日	S60年2月1日		
	被保険者が勤務 している事業所	名称	株式会社〇〇電機						
		所在地	東京都千代田区〇〇 〇-〇-〇 Tel 03-000-0000						
被扶養者が受けた 事故の場合	氏名	健保 花子			生年月日	H3年5月12日			
		続柄			妻				

加害者	加害者 (相手方)	氏名	東京 一郎		生年月日	H8年9月10日		
		現住所	東京都渋谷区〇〇 〇-〇-〇 Tel 03-0000-0000					
	加害者の勤務先	名称	株式会社△△△					
		所在地	東京都新宿区〇〇 〇-〇-〇 Tel 03-0000-0000					
	加害者の住所氏名 が分からないとき	理由						

事故内容	傷病名	頸椎損傷		事故発生 日時	平成 2年5月3日 <b>A.M</b> 10時0分頃 <b>令和</b>				
	発生の場所	渋谷区〇〇-〇〇付近の交差点							
	発生時の状況	勤務中※1・通勤途上※2(※1・2パート・アルバイト含む) <b>私用外出中</b> ・その他( )							
		飲酒は	あり・ <b>なし</b>						
	種別	<b>自動車事故</b> ・バイク事故・自転車事故・歩行・その他( )							
	事故結果	<b>負傷</b> 即死 入院直後の死亡 (死亡 年 月 日 ) 入院中の死亡							
	警察官の立合	<b>あった</b> ない・ないが届出済・わからない							
	所轄署	渋谷 警察署				派出所			
過失の度合	自分が何分		相手方が何分						
	0.1.2.3.4. <b>5</b> .6.7.8.9.10		0.1.2.3.4. <b>5</b> .6.7.8.9.10						

※業務上・通勤途上の場合には労災(通災)の確認をしてください。(労災・通災に該当しない場合は健康保険での受診はできません。)

この届に添えて 提出する書類	自動車事故 のときは	1. 自動車事故証明書 2. 事故発生状況報告書 3. 加害者(相手方)の 自動車損害賠償責任保険証明書(写) 4. 示談しているときは、示談書の(写)
	その他の事故	1. 示談をしているときは、示談書(写)

**決まっている場合は記入してください**

※物件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。

**注意事項** 過失の度合いが高く自分が加害者であっても、相手が加害者 **あなた(または被扶養者)**が被害者という立場で記入してください。

※ 該当する文字は○印でかこみ、必要事項は記入してください。

< 個人情報の利用目的 >

本書記載の個人情報につきましては、保険事故への対応のため、健康保険法第57条により加害者(加害車両)の加入する損害保険会社等へ請求するために利用します。

(その2)

事故証明書を参考にわかる範囲で記入してください

加害者の保険加入状況	自賠責保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		保険契約期間	自 <input checked="" type="radio"/> 平成 31 年 4 月 1 日 至 <input checked="" type="radio"/> 平成 3 年 3 月 31 日	
	自賠責保険加入証明書番号	第	000-12345	号	契約者氏名 <small>フリガナ</small> トウキョウ イチロウ 東京 一郎	
	契約保険会社	名称	〇〇保険 株式会社			
	取扱窓口 (本事故の担当者・ 問合せ先)	住所	東京都大田区〇〇 〇-〇		TEL	03-0000-0000
		担当課	〇〇サービスセンター	担当者名	保険 一郎	
	任意責保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		保険契約期間	自 <input checked="" type="radio"/> 平成 2 年 4 月 1 日 至 <input checked="" type="radio"/> 平成 3 年 3 月 31 日	
	任意保険証券番号	第	△△△-67890	号	契約者氏名 <small>フリガナ</small> トウキョウ イチロウ 東京 一郎	
	契約保険会社	名称	〇〇火災海上 株式会社			
	取扱窓口 (本事故の担当者・ 問合せ先)	住所	東京都港区〇〇 〇-〇		TEL	03-0000-0000
		担当課	〇〇部CS課	担当者名	海上 太郎	
任意一括について	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 任意一括とは、自賠責保険だけの対応ではなく、任意保険が対応している場合です。					

人身傷害保険	ご自身・ご家族加入の人身傷害保険(自動車保険)の使用	使用した <input checked="" type="radio"/> 使用していない <input type="radio"/> *使用した場合: 請求した金額( )円 → 受領 <input type="radio"/> 未受領 <input type="radio"/>			
	契約保険会社	名称		所在地	TEL:
		担当課		担当者名	

治療状況	この事故で医師の治療をうけましたか	<input checked="" type="radio"/> うけた <input type="radio"/> うけない		傷病名 (負傷部位)	頸椎損傷	
	治療を受けた	名称	〇〇病院	所在地	東京 <input checked="" type="radio"/> 都道府県 渋谷 <input checked="" type="radio"/> 市区町村	
		受診期間 (提出日現在)	R2 年 5 月 3 日 ~ R2 年 5 月 6 日			
		受診の際は	自費 <input type="radio"/> 加害者負担 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 健康保険 <input type="radio"/> その他( )			
	治療を受けた	名称	◇◇クリニック	所在地	東京 <input checked="" type="radio"/> 都道府県 文京 <input checked="" type="radio"/> 市区町村	
		受診期間 (提出日現在)	R2 年 5 月 15 日 ~ R2 年 10 月 5 日			
		受診の際は	自費 <input type="radio"/> 加害者負担 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 健康保険 <input type="radio"/> その他( )			
	治療を受けた	名称		所在地	都道府県	市区町村
		受診期間 (提出日現在)	年 月 日 ~ 年 月 日			
		受診の際は	自費 <input type="radio"/> 加害者負担 <input type="radio"/> 健康保険 <input type="radio"/> その他( )			
現在の治療の状況	入院中 <input type="radio"/> 通院中 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 治療終了 (最終受診日: R2 年 10 月 5 日) ※入院または通院中の場合、治療終了見込み: 年 月 頃					
後遺症	ある <input type="radio"/> ある見込 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ない見込 <input type="radio"/>					

(その3)

示談状況	示談が成立した	<b>交渉中</b>	令和 年 月 日 現在		請求権を放棄した
		成立していない			令和 年 月 日
	年 月 日	示談が成立していない理由		放棄した理由	
損害賠償の請求及び支払状況	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領を		した（請求者名） しない・請求中		
	加害者に対する損害賠償の請求		平成 令和 年 月 日	治療費	円
損害賠償の内訳	損害賠償の種類		加害者直接賠償		保険会社からの賠償
	治療費 (入院費を含む)				
	休業補償費		自 平成 令和 年 月 日	1日につき	円
			至 平成 令和 年 月 日	日分	
			計		円
	葬祭費				円
	慰籍料				円
	見舞金				円
	障害補償費				円
	その他				円
合計				円	
受領方法及び年月日		金額		平成 令和 年 月 日 受領	
		第1回	円	平成 令和 年 月 日 受領	
		第2回	円	平成 令和 年 月 日 受領	
		第3回	円	平成 令和 年 月 日 受領	
		第4回	円	平成 令和 年 月 日 受領	

受領済みのものがあればご記入ください

※ この欄は、記入する必要はありません。

保険給付費					
種別	金額	内訳		支給年月日	備考
療養の給付	円	自 平成・令和 年 月 日	日間	平成 令和 年 月 日	
療養費	円	至 平成・令和 年 月 日			
傷病手当金	円	自 平成・令和 年 月 日	日間		
	円	至 平成・令和 年 月 日			
合計	円				

# 事故発生状況報告書

※自分の過失が高くても、相手が甲:加害者、あなた(又は被扶養者)が乙:被害者 という立場で記入してください。

甲 <small>(甲車の運転者)</small>	氏名	東京 一郎	乙 <small>(被害者)</small>	氏名	健保 花子	運転	同乗 { 乙車 乙車以外の車 歩行・その他
速度	甲車 40 km/h (制限速度 40 km/h),		乙車 0 km/h (制限速度 40 km/h)				
道路状況	見通し <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">良い</span> 悪い	道路幅	甲車側 ( 6 m ),		乙車側 ( 6 m )		
信号又は標識	信号 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">有り</span> 無し	一時停止標識	有り 無し	その他の標識			
事故発生状況を 図示してください。	事故発生状況略図 (道路幅を m で記入して下さい)						
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">できるだけ詳細に記入してください</div>						
い 上 て 記 く の 説 き 明 を 書	<p>信号のある交差点で、救急車が右から走行してきたため、停止したところ 後方から追突された。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">どこで・何をしているときに・ど うなったかを記入してください。</div>						

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

令和 3 年 2 月 1 日

報告者 甲との関係 ( )  
乙との関係 ( ) 夫 ( )

氏名 健保 太郎



# 念 書

令和 2 年 5 月 3 日 (場 所) 渋谷区〇〇-〇〇 において  
(加害者氏名) 東京 一郎 (被害者氏名) 健保 花子  
の不法行為により の被った

傷病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条の規定によって、組合が給付の価額の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領す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。

なお、併せて次の事項を遵守することを誓約いたします。

- 加害者側と示談をおこなう場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 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出ること。

令和 3 年 2 月 5 日

東京都電機健康保険組合理事長 殿

住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇

東京都文京区湯島〇-〇-〇

被害者氏名

健保 花子

## 個人情報第三者提供に係る同意書

個人情報保護法第23条により、診療(調剤)報酬明細書等における個人情報を以下に明らかにします。なお、個人情報の項目は以下に列挙したもの等によります。

利用目的	被保険者等に対する適正な保険給付に必要とするため (健康保険法第57条により加害者の加入する損害保険会社等へ請求するため)
基本情報	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 性別
	<input type="checkbox"/> 健康保険証記号番号 <input type="checkbox"/> 傷病名 <input type="checkbox"/> 診療開始日
	<input type="checkbox"/> 診療実日数 <input type="checkbox"/> 保険医療機関の所在地及び名称
	<input type="checkbox"/> 保険薬局の所在地及び名称 <input type="checkbox"/> 診療(調剤)年月
	<input type="checkbox"/> 公費負担番号 <input type="checkbox"/> 公費受給者番号
診療情報	<input type="checkbox"/> 基本診療(初診・再診・入院料) <input type="checkbox"/> 入院年月日
	<input type="checkbox"/> 入院時食事療養費 <input type="checkbox"/> 指導管理 <input type="checkbox"/> 在宅医療
	<input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 画像診断 <input type="checkbox"/> 投薬
	<input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 処置
	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> 放射線治療
	<input type="checkbox"/> 処方医薬品名

上記で明らかにした利用目的にのみ個人情報を利用するものとします。  
上のことに同意いたします。

令和 3 年 2 月 5 日

東京都電機健康保険組合理事長 殿

被害者氏名

健保 花子



# 人身事故証明書入手不能理由書

- 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できない  
(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されている)

警察署への届が物損事故扱いの場合や、事故の届が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ときに必要な書類です。  
※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 <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。) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> 【理由】  <input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> 【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
------	----------------------	-------	-------

別紙へ [ 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のお名前がない場合に限り、別紙の事故当事者、発生日時、発生場所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、人身事故の事実と相違ありません。	
<input type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input checked="" type="radio"/> その他(乙の配偶者) ※ 該当する項目に○印をしてください。	住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 記入日 R3 年 5 月 1 日 文京区湯島〇-〇-〇  氏名 健保 太郎 (印) 電話 03 ( 0000 ) 0000

(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
年 月 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
年 月 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
年 月 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：平成 \_\_\_\_\_ 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	午前	時	分	頃	天候
発 生 場 所									
当 事 者	甲	住 所	電話 ( )						
		氏 名		生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日 ( 歳)	
		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	昭和 平成	年	月	日 ( 歳)	
		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	昭和 平成	年	月	日 ( 歳)	
		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	昭和 平成	年	月	日 ( 歳)	
		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	昭和 平成	年	月	日 ( 歳)		
	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。