

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 | ----- | 被保険者 氏名 | ⑨ | 生年月日 | 大 昭 平 | 年 | 月 | 日 | |
| | 事業所名 (勤め先) | | | | 所在地 (勤め先) | TEL () | | | | |
| (受診者) 被害者 | 氏名 | 男 女 | | 才 | 続柄 | 住所 | 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 (警察署) 無:(理由) | | | | | | | | |
| (第三者) 加害者 | 氏名 | 男 女 | | 才 | 住所 | TEL () | | | | |
| | 勤務先 又は職業 | | | | 所在地 | TEL () | | | | |
| 加害者が不明の理由 | | | | | | | | | | |
| 事故発生 | 平成 | 年 | 月 | 日(曜) | 前 後 | 時 | 分 | 発生場所 | | |
| 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 | | | |
| 事故の相手の自動車保険加入状況 | | | | | | | | | | |
| 傷病が 交通事 故によ る | 自 賠 責 | 保険会社名 | | | | 取扱店 所在地 | 〒 TEL () | | | |
| | | 保険契約者名 (名義人) | | | 住所 (所在地) | | | 関係 | 保有者との | |
| | 交 通 事 故 に よ る | 自動車の種別 | 府県名 | | | 登録番号 | 車台番号 | | | |
| | | 自賠償証明書番号 | | | | 保険期間 | 自至 | _____ | | |
| | 保 険 に よ る | 自動車の保有者名 | | | | 住所 (所在地) | | | 加害者との 関係 | |
| | | 意 保 険 | 保険会社名 | | | | 取扱店 所在地 | 担当者名 TEL () | | |
| | 保険契約者名 | | | | | 住所 (所在地) | 〒 | | | |
| | 契約証書番号 | | | | | 保険期間 | 自至 | _____ | | |
| | 保険契約期間 | | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 平成 | 年 | 月 |
| | き | 任意一括について ※注2 | | | | | | | | |
| 有 ・ 無 | | | | | | | | | | |

※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） | ① | 名称 | 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 | 通院 | 年 月 日から | 年 月 日まで | 自費・加害者負担・自賠償・社会保険 |
| | ② | 名称 | 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 | 通院 | 年 月 日から | 年 月 日まで | 自費・加害者負担・自賠償・社会保険 |
| | ③ | 名称 | 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 | 通院 | 年 月 日から | 年 月 日まで | 自費・加害者負担・自賠償・社会保険 |

| | | |
|--------------|---------------------|--|
| 治癒見込み（治療終了日） | 年 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 | <p>休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつけて下さい)</p> <p>ア 加害者が負担 イ 職場から支給 ウ 自賠償へ請求</p> <p>エ 社会保険へ傷病手当金 オ 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</p> |
|------|--|

| 示損害賠償の支状況 | 示談又は和解(該当に○をつけて下さい) ※示談している場合は、示談書の写しを添付してください。 | | | | | | | |
|-----------|--|----------|-------------|-------|-----|-------|-----|-------|
| | した・交渉中・しない(理由) | | | | | | | |
| | 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してください。 | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>【受領日・金額】</th> <th>【受領したものの名目】</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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ください。 ※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してください。

(事故発生状況)

事故発生状況報告書

| | | | | | | |
|-------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|-----------------|--------------|-----------------|
| 事故証明書 番号 | 第 号 | 当事者 | 甲 <small>(相手・第三者)</small> | 氏名 (電話) () | | |
| 自動車の番号 | | | 乙 <small>(受診者)</small> | 氏名 (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 <small>してある</small> ・ 歩道(両・片) <small>ある</small> ・ 直線 ・ カーブ <small>してない</small> ・ <small>ない</small> 平坦 ・ 坂 ・ 見通し <small>良い</small> ・ 積雪路 ・ 凍結路 <small>悪い</small> | | | | | |
| 信号又は標識 | 信号 <small>ある</small> <small>ない</small> | 自車側信号(青・黄・赤) 相手側信号(青・黄・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 | km/h(制限速度 | km/h) | 乙車両 | km/h(制限速度 | 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。) | | | | | |
| | 自 車 | | | | | |
| | 相手車 | | | | | |
| | 進行方向 | | | | | |
| 信 号 | | | | | | |
| 一時停止 | | | | | | |
| 人 | | | | | | |
| 自 転 車 バイク | | | | | | |
| 上記図の説明を書いてください。 | | | | | | |

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 年 月 日

報告者 甲との関係()
乙との関係() 氏名 _____ (印)

負傷原因報告書

| | | | |
|---------------|--|----------|-------------|
| 被保険者記号番号 | - | 被保険者氏名 | |
| 事業所名 | | 所在地 | |
| 職種 | | 就業時間 | 時 分から 時 分まで |
| 被扶養者が負傷したとき | 氏名 | 被保険者との続柄 | |
| 負傷の原因 | <input type="radio"/> いつ（平成 年 月 日（ 曜） 午前 時 分頃） 午後 | | |
| | <input type="radio"/> その日は 勤務日 公休日 会社の休日 私用で休み <input type="radio"/> どこで（場所） <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） <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 (TEL - -) 勤務先住所 | | |
| （詳細に記述すること） | <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。 <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 3. 私用中に生じた 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 (TEL - -) 氏 名 | | |
| 上記のとおり相違ありません | | | |
| 平成 年 月 日 | | | |
| 被保険者の住所 氏名 | | | |
| ㊞ | | | |

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、ニチレイ健康保険組合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、ニチレイ健康保険組合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、ニチレイ健康保険組合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。

平成 年 月 日

同意者 (自賠償保険請求者)

住所

氏名

㊞

自賠償証明書番号 ()

ニチレイ健康保険組合 殿

念 書

平成 年 月 日 (相手方氏名) の行為により (受診者氏名) 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を健康保険法第57条第1項の規定によってニチレイ健康保険組合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。

なお、保険事故が交通事故による場合は、ニチレイ健康保険組合が代位取得した損害賠償に対して自動車損害賠償責任保険からニチレイ健康保険組合が優先的に充当支払いを受けられることに異議ありません。

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わたさないこと。
3. 加害者から金品を受けたときは、受領印、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。

平成 年 月 日

被保険者

住所

氏名

⑩

ニチレイ健康保険組合 殿