

記入例

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 | 1234 567 | 被保険者 氏名 | 地域 太郎 | 地域印 | 職種 | 事務 |
| | 事業所名 (勤め先) | 〇〇診療所 | | 所在地 (勤め先) | 〒410-0000 静岡県〇〇市〇〇1-1 TEL (055〇-〇〇-〇〇〇〇) | | |
| 被害者 (受診者) | 氏名 | 地域 花子 | 男 32才 | 続柄 | 妻 | 住所 | 〒411-0000 静岡県〇〇市△△2-2 TEL (055△-△△-△△△△) |
| | 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 (沼津 警察署) 無: (理由) | | | | | |
| 加害者 (第三者) | 氏名 | 協会 一郎 | 男 26才 | 住所 | 〒413-0000 静岡県〇〇市△△3-3 TEL (055×-××-××××) | | |
| | 勤務先 又は職業 | 〇〇工業(株) | | 所在地 | 〒414-0000 静岡県〇〇市△△4-4 TEL (055□-□□-□□□□) | | |
| 加害者が不明の理由 | | | | | | | |
| 事故発生 | 平成30年12月16日 (日 曜) | 前 11時 15分 | 発生 場所 | 沼津 市 〇〇 町 〇〇-5 | | | |
| 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 | | | |
| <p>事故証明書を参考に「わかる範囲」で記入してください</p> <p>自賠責加入 決まっている場合は記入してください</p> | | | | | | | |
| 傷病が交通事故によるとき | 保険会社名 | 〇〇保険 株式会社 | | 取扱店 所在地 | 〒410-0000 静岡県沼津市〇〇町〇丁目〇 TEL (055×-××-〇〇〇〇) | | |
| | 保険契約者名 (名義人) | 協会 一郎 | | 住所 (所在地) | 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 | 伊豆500あ〇〇〇〇 | 車台番号 | |
| | 自賠責証明書番号 | ABCD12345-XYZ | | 保険期間 | 自 平成 30年 4月 1日 至 平成 32年 3月 31日 | | |
| | 自動車の保有者名 | 協会 一郎 | | 住所 (所在地) | 加害者との 本人 の関係 | | |
| 任意保険 | 保険会社名 | □□□□ 火災海上(株) 農協 | | 取扱店 所在地 | 〒410-0000 静岡県沼津市△△町△丁目△ 担当者名 損保二郎 TEL(055×-××-△△△△) | | |
| | 保険契約者名 | 協会 一郎 | | 住所 (所在地) | 〒 | | |
| | 契約証書番号 | XXX-123456789-9 | | 保険期間 | 自 平成 30年 4月 1日 至 平成 32年 3月 31日 | | |
| | 保険契約期間 | 平成 30年 4月 1日 ~ 平成 32年 3月 31日 | | 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、自賠責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。

(健康保険組合受付印)

20160520

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|--------------|--|-----------------------------|---------------------------|----------|---|---|---|-------------|-----|--|---|---|---|--|-----|--|---|---|---|--|-----|
| 治療状況 (治療順) | ① | 名称 | 〇〇病院 | 入院 | 30年 12月 16日から 30年 12月 21日まで | 自費・加害者負担・自賠責・ 社会保険 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | 静岡県沼津市〇〇〇11 | 退院 | 年 月 日から 年 月 日まで | 自費・加害者負担・自賠責・社会保険 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ② | 名称 | △△整形外科医院 | 入院 | 年 月 日から 年 月 日まで | 自費・加害者負担・自賠責・社会保険 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | 静岡県〇〇市□□66 | 退院 | 30年 12月 25日から 年 月 日まで | 自費・加害者負担・自賠責・ 社会保険 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ③ | 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・自賠責・社会保険 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | 年 月 日から 年 月 日まで | 自費・加害者負担・自賠責・社会保険 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療見込み (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〇で囲んでください。 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(記号に〇をつける)</p> <p>ア 加害者が負担(保険会社) イ 職場から支給 ウ 自賠責へ請求 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> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 示談 賠償 の 支 払 状 況 | <p>示談又は和解(該当に〇をつけ ※示談している場合は、示談書の写しを添付すること した ・ 交渉中 ・ しない(理由)</p> <p>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。</p> <p>受取済みのものがあればご記入ください</p> <table border="1"> <tr> <td>【受領日・金額】</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>円</td> <td>【受領したものの名目】</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>日</td> <td>円</td> <td></td> <td>()</td> </tr> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>日</td> <td>円</td> <td></td> <td>()</td> </tr> </table> | | | | | | 【受領日・金額】 | 月 | 日 | 円 | 【受領したものの名目】 | () | | 月 | 日 | 円 | | () | | 月 | 日 | 円 | | () |
| 【受領日・金額】 | 月 | 日 | 円 | 【受領したものの名目】 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 月 | 日 | 円 | | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 月 | 日 | 円 | | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>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ください。</p> <p>(事故発生状況)</p> <p>交通事故の場合は別紙に記入しますので、交通事故以外の時に記入が必要です</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

業務上・通勤途上の場合は労災の確認をしてください。
申請が必要な場合があります。

記入例

負傷原因報告書

| | | | |
|-------------|----------|----------|------------------------|
| 被保険者記号番号 | 1234-567 | 被保険者氏名 | 地域 太郎 |
| 事業所名 | 〇〇診療所 | 所在地 | 静岡県〇〇市〇〇1-1 |
| 職種 | 事務 | 就業時間 | AM 8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 地域 花子 | 被保険者との続柄 | 妻 |

| | |
|----------------------|--|
| 負傷の原因 (詳細に記述すること) | <p><input type="radio"/> いつ (平成 30年 12月 16日 (日曜) 午前・午後 11時 15分頃)</p> <p><input type="radio"/> その日は 勤務日 公休日 会社の休日 私用で休み</p> <p><input type="radio"/> どこで (場所) 沼津市〇〇〇町〇〇-5</p> <p><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</p> <p><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 - -)</p> <p><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。</p> <p><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. 会社主催の体育祭等において</p> <p><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 静岡県〇〇市△△3-3 氏名 協会 一郎 (TEL 055× - ×× - ××××)</p> |
|----------------------|--|

上記のとおり相違ありません

平成 31年 1月 30日

被保険者の住所 静岡県〇〇市△△22

氏名 地域 太郎

地域 印

記入例

事故発生状況報告書

| | | | | |
|-------------------------------|--|--|----------------------------|--------------------------------|
| 事故証明書 番号 | 第 0001 号 | 当事者 | 甲 (相手・第三者) | 氏名 協会 一郎 (電話) 055×-×××-×××× |
| 自動車の番号 | 伊豆500あ〇〇〇〇 | | 乙 (受診者) | 氏名 地域 花子 (電話) 055△-△△-△△△△ |
| 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 <u>してある</u> / してない ・ 歩道(両・片) <u>ある</u> / ない ・ <u>直線</u> ・ カーブ <u>平坦</u> ・ 坂 ・ 見通し <u>良い</u> / 悪い ・ 積雪路 ・ 棟結路 | | | |
| 信号又は標識 | 信号 <u>ある</u> / ない | 自車側信号 (<u>青</u> ・ 赤) 相手側信号 (<u>青</u> ・ 赤) | 駐車禁止 <u>されている</u> / されていない | その他標識 |
| 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) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> できるだけ詳細に記入してください </div> | | | |
| | 上記図の説明を書いてください。 | 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。 | | |

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 31 年 1 月 30 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 (夫) 氏名 地域 太郎



記入例

念 書

平成 30 年 12 月 16 日 (相手方氏名) 協会 一郎 の行為に

より (受診者氏名) 地域 花子 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 項の規定によって地域医療振興協会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。

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、**負傷者（親権者）**がご記入頂く欄
かに届出ること。

平成 31 年 1 月 30 日

被保険者 地域 太郎

住所 静岡県〇〇市△△22

氏名 地域 花子

地域

(印)

地域医療振興協会健康保険組合理事長 殿

記入例

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、地域医療振興協会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、地域医療振興協会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、地域医療振興協会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。

負傷者（親権者）がご記入頂く欄

平成 31 年 1 月 30 日

同意者（自賠責保険請求者）

住所 静岡県〇〇市△△22

氏名 地域 花子



自賠責証明書番号（ ABCD12345-XYZ ）

地域医療振興協会健康保険組合理事長 殿

交通事故の相手に記入してもらう書類です

記入例

損害賠償金納付確約書・念書

平成 30 年 12 月 16 日 (受診者氏名) 地域 花子 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、地域医療振興協会健康保険組合が代位取得し、地域医療振興協会健康保険組合から損害賠償金（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が
で、地域医療振興協会健康保
じることをあわせて確約します。

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・捺印でも構いません。

平成 31 年 1 月 25 日

損害賠償支払義務者（未成年の場合は親権者）

住所 静岡県〇〇市△△3-3

氏名 協会 一郎



TEL (055x-xx-xxxx)

地域医療振興協会健康保険組合理事長 殿

【本件についてのご意見】

加害者（相手方）から署名がもらえなかった場合は、その理由を被害者（被保険者）で記入してください。

（例）こちら側の過失が大きかったため相手方に署名してもらえなかった

人身事故証明書入手不能理由書

記入例

- 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった
(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被

この理由書は、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。

| | |
|---|--------------------------------------|
| 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 |
| | <input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を |
| <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】 | |
| ◆ 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 | 沼津 警察 ○○ 担当官 (判明している場合) |
| 届出年月日 | 平成 30 年 12 月 16 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

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は取得していませんが、人身事故の事実相違ありません。 | |
| <input checked="" type="radio"/> 当事者 | 住所 〒413-0000 記入日平成 31 年 1 月 25 日 |
| <input type="radio"/> 目撃者 | 静岡県〇〇市△△3-3 |
| <input type="radio"/> その他 () | 氏名 協会 一郎 |
| ※ 該当する項目に○印をしてください | 電話 055×(××)×××× |

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険者、運転者など)の方、または目撃者の方、または賠償を受けた側の方、

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、空白欄に理由をご記入の上、負傷者（親権者）が、ご署名・捺印ください。
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ができません。
・相手が協力してくれません。など

- (保険会社使用欄) 該当する口のすべてに
- 人身事故としての警察への届出の必要性
 - 請求関係書類の確認により、または以下
- 相違ないことを確認しました。

| | | |
|----------------|---|---|
| ◆ 確認日 | ◆ 確認先 | |
| 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 】

交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、記載不要です。

○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 | 平成30年12月16日 | | | 午前 午後 | 11時15分頃 | 天候 | 晴れ |
| 発 生 場 所 | 沼津市〇〇〇町〇〇-5 | | | | | | |
| 甲 | 住 所 | 静岡県〇〇市△△3-3 | | | 電話 | 055×(××)×××× | |
| | 氏 名 | 協会 一郎 | 生 年 月 日 | 明・大 昭・平 | 4年10月10日(26)才 | | |
| | 自賠償保 険契約先 | 〇〇保険 株式会社 | 自賠償保険証 明 書 番 号 | 第 ABCD12345-XYZ 号 | | | |
| | 登録番号 | 伊豆500あ〇〇〇〇 | 事 故 時 の 状 況 | 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他 | | | |
| 乙 | 住 所 | 静岡県〇〇市△△22 | | | 電話 | 055△(△△)△△△△ | |
| | 氏 名 | 地域 花子 | 生 年 月 日 | 明・大 昭・平 | 61年3月3日(32)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 XYZW9876-001 号 | | | |
| | 登録番号 | 伊豆500ん△△△△ | 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 | 明・大 昭・平 | 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 | 明・大 昭・平 | 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 | 明・大 昭・平 | 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。