

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			被保険者氏名	印	職種		
		番号 枝番							
被害者 （受診者）	事業所名 （勤め先）				所在地 （勤め先）	〒 TEL（ ）			
	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（ ）						
加害者 （第三者）	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）（ ）						
	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 令和	年 （ 曜日 ）	月 後	日 時	分	発生場所	市 町 郡 村		
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とき	自賠責保険	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 加害者との			
		自動車の種別		府県名		登録番号		車台番号	
		自賠責証明書番号					保険期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	
		自動車の保有者名					住所 （所在地）		加害者との 関係
	任意保険	保険会社名	火災海上（株） 農協			取扱店 所在地	〒 TEL（ ）		
		保険契約者名				住所 （所在地）	〒		
		契約証書番号				保険期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日		
		保険契約期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 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

別添「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）

20210401

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・自賠責・社会保険
		所在地		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		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		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
	③	名称		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		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
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	休業（治療）中の休業補償の方法（記号に○をつける） ア 加害者が負担 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					
示 損 害 談 賠 償 の の 支 払 状 況	示談又は和解（該当に○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） 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・話合い の状況を具体的に記入すること。 【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ください。 （事故発生状況）					

負傷原因報告書

被 保 険 者 記号番号枝番		— —		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 (詳細に記述すること)	☐ いつ (平成・令和 年 月 日 (曜) 午前・午後 時 分頃)				
	☐ その日は 勤務日 公休日 会社の休日 私用で休み ☐ どこで (場所)				
	☐ 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)				
	☐ 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 - -)				
	☐ 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。				
	☐ 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				
	☐ 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 氏名 (TEL - -)				
上記のとおり相違ありません 令和 年 月 日 被保険者の住所 氏名 ㊟					

念 書

平成・令和 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、金額をもれなく、すみやかに届出ること。

令和 年 月 日

被保険者

住所

氏名



地域医療振興協会健康保険組合理事長 殿

損害賠償金納付確約書

平成・令和 年 月 日(被害者) 様

に傷害を負わせましたが、治療に際し地域医療振興協会健康保険組合が負担した診療費について、地域医療振興協会健康保険組合から請求を受けたときは、すみやかに納付することを確認します。

令和 年 月 日

損害賠償支払義務者（未成年の場合は親権者）

住所

氏名



TEL ()

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】 ※ご意見があればご記入ください。

[illegible]