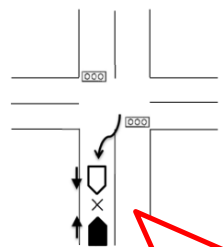


記入見本

負傷原因届(1)

A (本人記入)

【注 1】交通事故の場合はB:事故発生状況報告書、C:念書、D:誓約書(相手がいる場合)、交通事故証明書を添付して下さい。

①被保険者・負傷者	被保険者証 記号・番号	記号 999	番号 9999	被保険者氏名 健保 太郎 印	年 〇〇 月 〇〇 日生
	被保険者 住所・連絡先	〒 700 - 0807 電話 (086) 123 - 4567 岡山県岡山市北区南方〇丁目〇番地〇号			負傷者の 職 種(具体的に) 大 学 生
	日中連絡先	(勤務先・携帯) 電話 (090) 1234 - 5678			
	負傷者が被 であるとき	連絡先は必ず ご記入ください 健保 一郎 年 〇〇 月 〇〇 日生			続 柄 長 男
②負傷(事故)発生状況	発生年月日	年 12 月 12 日 土 曜 日 17 時 20 分頃			出勤日 休日 その他 ()
	発生場所	国道〇号線 岡山市北区〇〇交差点			※ いずれかに〇をして下さい。(複数可) 仕事中 出社途中 退社途中 〇私用中 不詳 〇第三者行為(交通事故等) 自己の過失(単独事故等) 負傷現場の見取図 (交通事故の場合は B 事故発生状況報告書にも記入して下さい) 
	傷 病 名	頸椎捻挫			
	・何のために(目的)	友人の家に遊びに行くため			
	・どこからどこへ行く時(場所)	自宅から友人の家に行く途中			
	・何をしていた(原因)	自動車を運転中			
	・どうなったか(内容)	対向車がセンターラインを越えて、正面から衝突された			

以下の欄は、個人の記入は不要です (事業主 及び 健康保険組合が記入いたします)

B:事故発生状況報告書に
詳しくご記入ください

事業主証明欄	業務上などの区分とその理由 ※被扶養者(家族)の場合は不要	業務上・業務外・通勤災害 と判断します。(該当に〇をして下さい) 理由(必須):	月 日
	事業所 事業所 事業主		月 日
	健康保険組合記入欄	常務理 下記負 1. 業 3. 業 に 【 【 保険 (理由)	

記入不要です

負傷原因届(2)

A (本人記入)

③ 受診医療機関情報	医療機関名称	所在地・電話		治療期間(入院・通院)		診療費の支払方法			
	〇〇病院	岡山市〇〇区〇〇町 電話(086)123-9999		入院:12月12日～ 通院:12月12日～現在も治療中		健康保険・自賠責保険・自費 その他()			
	〇〇薬局	岡山市〇〇区〇〇町 電話(086)456-9999		入院:12月12日～ 通院:12月12日～現在も治療中		健康保険・自賠責保険・自費 その他()			
		電話() -		入院:12月12日～ 通院:12月12日～		健康保険・自賠責保険・自費 その他()			
	年12月20日現在 治ゆ・中止・治療中		治ゆ見込み		負傷年月日から 約6ヶ月 日後				
後遺症		残らない・残る(残る場合はその程度)→							
④ 第三者行為及び自損事故(単独事故)による傷病の場合記入	警察への届出		届出済() 所轄署 岡山市中央 警察署・派出所)・届出なし		事故証明書 発行(済・未・無)			相手方の有無 有(下記に詳細を記入)・無	
			氏名 加害 浩一		生年月日		年〇〇月〇〇日生		
	相手方	住所 岡山県岡山市南区〇〇町1丁目1番地1号		電話(086)999-9999					
		勤務先名称 〇〇建設 株式会社		電話(086)987-6543					
		相手方の状況 仕事中・私用中・その他()・不明(その理由)							
		自動車保有者		氏名 加害 花子		相手方との関係 本人・その他() 母親()			
	自動車事故のとき(相手方車両)	住所 岡山県岡山市南区〇〇町1丁目1番地1号							
		保険契約者		氏名 同上		相手方との関係 本人・その他() 母親()			
		住所 同上							
		自動車の区分 区分(車種) 普通自動車		登録番号(ナンバー) 岡山 33 あ 〇〇-〇〇					
		自賠責保険 加入の有無 有・無							
		保険会社の名称・連絡先 損保〇〇〇〇株式会社		電話(086)111-1234					
		保険会社の所在地 岡山県岡山市〇〇町〇丁目〇番地〇号							
		自賠責保険証明書番号 第 123456789 号		契約期間 〇〇年〇月〇日～〇〇年〇月〇日					
		任意保険 加入の有無 有・無							
		保険会社の名称(支店名)・連絡先 損保〇〇〇〇株式会社 岡山支店		電話(086)555-5555					
	自動車事故のとき(当方車両)	住所 岡山県岡山市〇〇町〇丁目〇番地〇号		担当者氏名 田中					
		自動車保険証書番号 第 987654321 号		契約期間 〇〇年〇月〇日～〇〇年〇月〇日					
		自動車保有者		氏名 健保 太郎		保有者との関係 本人・その他() 父親()			
		住所 岡山県岡山市北区南方〇丁目〇番地〇号							
保険契約者		氏名 同上		契約者との関係 本人・その他() 父親()					
住所 同上									
自動車の区分 区分(車種) 普通自動車		登録番号(ナンバー) 岡山 500 あ 〇〇-〇〇							
任意保険 加入の有無 有・無		人身傷害補償保険の付帯 有・無							
保険会社の名称(支店名)・連絡先 〇〇〇〇保険株式会社 支店		電話(03)1234-5678							
保険会社の所在地 東京都港区〇〇〇〇		担当者氏名							
自動車保険証書番号 第 ABC-1234 号		契約期間 〇〇年〇月〇日～〇〇年〇月〇日							
示談等の状況		年 月 日 成立		年 月 日 本訴・調停・和解・申請中		年 月 日 結審			
(示談成立しているときはその写しを添付して下さい。)									

自賠責保険、任意保険の連絡先は必ずご記入ください

B (本人記入)

事故発生状況報告書

甲(相手方) 氏 名	加害 浩一	乙(当方) 氏 名	健保 一郎	運行・同乗・歩行・ その他()
速 度	甲車 60 km/h (制限速度 50 km/h) 乙車 50 km/h (制限速度 50 km/h)			
道 路	歩道と車道の区別	有・無	交通状況	混雑・普通・閑散
	事故現場の見通し	良い 悪い	道路の起伏	平坦・坂道(昇・降)
	道路の舗装	している・していない	道路の積雪・凍結	有 無
事 故 現 場	甲車走行路の道幅(約 4)m 乙車走行路の道幅(約 4)m			
	国道または幹線道路・商店街・住宅街・その他()			
	一方通行・複数車線の一方通行・相互通行(片側一車線・片側複数車線)			
信号または標識	信号機(有 無) 駐車禁止(されている・されていない) その他の標識()			
事故発生状況略図 事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください				
乙車(当方) 甲車(相手方) ↑ 進行方向 一時停止 人間 自転車・オートバイ 信号 × 接触点				
上図の説明をしてください				
甲車が急にセンターラインを越えて、正面衝突した。				

別途、交通事故証明書に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

年 12 月 25 日

報告者

甲との関係()・乙との関係(本 人)

氏名 健保 一郎 印

C (本人記入)

川崎重工業健康保険組合 理事長殿

念書(兼同意書)

私はこの書面、1項へ記載の事故に関して、2～4項へ記載の内容を遵守することをお約束します。

記

1. 対象事故

事故発生年月日	年 12 月 12 日		
事故発生場所	国道〇号線岡山市北区〇〇交差点		
被害者(受診者)氏名	健保 一郎	被保険者との関係	本人 ・ 被扶養者(〇印を記入)
相手方氏名	加害 浩一		

2. 1項の事故に関して、健康保険法による保険給付を請求するにあたり、以下の事項を遵守することを誓約します。

- (1)相手方と示談をするときは、事前に治療費に関する示談予定内容を文書で健保組合に連絡し、健保組合の了承を得るようにします。
- (2)事前に健保組合に連絡することなく相手方と治療費に関する示談をしたときは、私が受けた保険給付の価額の限度で健保組合からの請求に応じます。
- (3)相手方に白紙委任状を渡しません。
- (4)相手方から金品を受取った際は、受領の年月日・内容・金額(評価額)等をもれなく、且つ遅滞なく文書で健保組合に連絡します。

3. 1項の事故に関して、私が保険給付を受けた場合には、私の保有する損害賠償請求権及び保険会社等(相手方もしくは私が損害賠償請求できる者が加入する損害保険会社等をいう。以下同じ)に対する被害者請求権を、健康保険組合が保険給付の価額の限度で取得し、損害賠償金を受領することについて同意します。

4. 1項の事故に関して、私の個人情報及び念書(兼同意書)の取扱いにつき、以下の事項に同意します。

- (1)健保組合が、私の保険の請求、決定及び給付(その見込みを含む)の状況等について私が保険金請求権を有する人身傷害保険等取扱い保険会社(共済等)に対して提供すること。
- (2)健保組合が、私の保険の給付及び上記事故による求償業務に関して必要な事項(保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳(その見込みを含む)等)について保険会社を含む加害者側から提供を受けること。
- (3)健保組合が、私の保険給付及び上記事故による求償業務に関して必要な事項([診療報酬明細書]等の保険給付額の算出基礎となる資料)について、保険会社を含む加害者側に対して提供すること。
- (4)この念書(兼同意書)をもって上記事故による求償業務に関する事項を健保組合へ情報提供する保険会社等への同意を含むこと。
- (5)この念書(兼同意書)を、保険会社を含む加害者側へ提示すること。

年 12 月 25 日

(署名) 健保 一郎

被保険者名 健保 太郎

印

住所 岡山県岡山市北区南方〇丁目〇番地〇号

電話番号 (086) 123-4567

D（誓約者（相手方）記入用）

川崎重工業健康保険組合 理事長 殿

誓 約 書

年 12 月 12 日、(事故発生場所) 国道〇号線岡山市北区〇〇交差点にて、私(誓約者)と貴健康保険組合被保険者・被扶養者(氏名) 健保 一郎 との間に生じた事故において、(上記氏名) 健保 一郎 が被った傷病の治療費を、一旦貴健保組合で立替えていただきたく、お願いいたします。

尚、立替えていただいた治療費について、貴健保組合から請求があったときは、指定納付期日までに全額納付いたします。過失割合等の理由で全額納付できない場合は、必ずその理由を文書で報告いたします。

また、併せて次の事項を遵守することを誓約いたします。

- 1. 示談する場合は、必ず前もって貴健保組合に示談する旨とその内容を記載した文書をもって申し出ること。
- 2. 貴健保組合からの問合せ・資料提出等の依頼に、誠意をもって応ずること。
- 3. 私又はその連帯保証人の住所・連絡先等に変更があったときは、貴健保組合に通知すること。

以上

※この誓約書を相手方に書いてもらえない場合は、余白にその理由を記入して下さい

年 12 月 27 日

誓約者	住所	〒 700 - 0000 岡山県岡山市南区〇〇町 1 丁目 1 番地 1 号
	氏名	加害 浩一 印
	連絡先	電話 (086) 999 - 9999
誓約者の 連帯保証人	住所	〒 700 - 9999 岡山県岡山市〇〇町〇丁目〇番地〇号
	氏名	揖保〇〇〇〇株式会社 岡山支店 〇〇課 田中 印
	連絡先	電話 (086) 555 - 5555
	誓約者と の関係	

【誓約者の連帯保証人欄について】

- 注1:連帯保証人については、原則、健康保険組合が請求可能な保険会社名、支店名、担当課名、担当者名、郵便番号、住所、電話番号を記入してください。
- 注2:保険会社の署名が得られない場合には、保険会社以外の連帯保証人の署名(個人名等)が必要になります。
- 注3:今回の事故が、誓約者の業務中の事故である場合、連帯保証人は雇用主になります。