

第三者行為による傷病届

(その1) 本人・家族

常務理事	事務長	課長	担当者

◎ボールペン等、消えない筆記用具でご記入ください。鉛筆等、消せるボールペン（フリクション等）は不可です。

負傷者	被保険者等 記号・番号	記号 1 2 3 4 5 6 7 8	番号	被保険者氏名	フリガナ <u>サガワ タロウ</u> <u>佐川 太郎</u>
	事業所の名称	<u>佐川急便(株) ○○営業所</u>		事業所のTEL	<u>○○○-○○○-○○○○</u>
	負傷者氏名	フリガナ <u>サガワ ハナコ</u> <u>佐川 花子</u>	生 年 月 日 <u>H○年 ○月 ○日</u>	年 齢 <u>30</u> 歳	続 柄 <u>妻</u>
事故内容	事 故 日	<u>R○○年 ○○月 ○○日 (日)</u>			<u>午前</u> <u>4</u> 時 <u>00</u> 分頃 <u>午後</u>
	発 生 場 所	<u>○○県 ○○市 ○○町 2丁目の交差点</u>			
	警察への届出	<u>届出済</u> ・ 未届	所轄署名 <u>○○</u>	<u>警察署</u> 派出所	事故証明書種別 <u>人身</u> ・ 物損
	事故時の状態	当 方 : <u>車</u> ・ バイク ・ 自転車 ・ 同乗 ・ 歩行 ・ 暴行 ・ その他 () 相手方 : <u>車</u> ・ バイク ・ 自転車 ・ 歩行 ・ その他 ()			
	負傷者の運転状態	<u>正常</u> ・ 飲酒 ・ 無免許 ・ いねむり ・ 速度超過 (km) ・ その他 ()			
	発生時の状況	<u>工作中</u> ・ <u>出勤途中</u> ・ <u>退勤途中</u> ・ <u>私用中</u> ・ その他 ()			
	何をしていたのか どのように なったのか わしく記入 してください	<u>私は、買い物の帰りに、優先道路を車で走行中、青信号であったため、 前を走るトラックに続いて、交差点を直進したところ、同じく青信号で 車の陰から急に右折してきた相手車両（普通自動車）に、自車の右側面を 衝突され負傷しました。</u>			
負傷者の 保険加入有無	人身傷害保険（事故の相手の治療費ではなく、自分自身の治療費を払ってくれる保険）へ加入していますか？ ☒ はい ☐ いいえ <u>→</u> [<u>○○○</u>] 保険会社 TEL (<u>○○○-○○○-○○○</u>) 担当 (<u>○○○</u> 様)				
過失の度合 (分かる範囲で)	自分がなんぶ → 0, 1, <u>2</u> , 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 相手がなんぶ → 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, <u>8</u> , 9, 10				
受診について	医療機関名（薬局名）	傷 病 名	治 療 期 間	区 分	病院窓口での医療費負担
	<u>○○病院</u> Tel <u>○○-○○-○○</u>	<u>○○骨折</u> <u>○○捻挫</u>	<u>○○</u> 年 <u>○○</u> 月 <u>○○</u> 日 }	<u>入院</u> ・ 通院 中止 (年 月 日)	①本人負担 ②相手方が負担 ③(自分・ <u>相手</u>)の保険会社が負担
	<u>○○病院</u> Tel <u>○○-○○-○○</u>	<u>同上</u>	<u>○○</u> 年 <u>○○</u> 月 <u>○○</u> 日 }	<u>入院</u> ・ <u>通院</u> 中止 (年 月 日)	①本人負担 ②相手方が負担 ③(自分・ <u>相手</u>)の保険会社が負担
			年 月 日 }	入院 ・ 通院 中止 (年 月 日)	①本人負担 ②相手方が負担 ③(自分・相手)の保険会社が負担
			年 月 日 }	入院 ・ 通院 中止 (年 月 日)	①本人負担 ②相手方が負担 ④その他 ()
	後 遺 症	<u>ある</u> ・ <u>ある見込</u> ・ <u>ない</u> ・ <u>ない見込</u> ・ 不明			
	治 癒 見 込	<u>○○年 ○○月 ○○日から 約○○日 (○○ヶ月) くらい</u> ・ 不明			

※ 健保組合記入欄

※請求の可否	可 否	自賠償保険 ・ 任意保険 ・ 加害者 ・ 本人 ・ その他	受付印
※付加金	支給可 ・	記入しないでください	
※備考			

(その2)

事故の相手	相手方氏名 (不明の場合は不明と記入してください)	フリガナ カガイ タロウ	男・女	生 年 月 日	年 齢	
		加害 太郎		H〇年 〇月 〇日	30 歳	
	住 所	(〒 〇〇〇 — 〇〇〇) 〇〇市〇〇町2-2-2	分かる範囲でご記入ください			
	TEL	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇	勤務先または監督義務者	〇〇〇〇株式会社		
	加害者が不明な時はその理由	相手が不明の場合は、 例) ひき逃げにより相手不明 などと記入してください				
相手方の加入保険 (自動車事故等の場合)	自 賠 責 保 険			任 意 保 険		
	保険会社名称 支店名および担当者	〇〇損害保険(株)		保険会社名称 支店名および担当者	〇〇損害保険(株)	
		担当者		担当者		
		〇〇支店	〇〇〇		〇〇支店 〇〇〇	
	保険会社の所在地とTel	〇〇市〇〇町4-40 Tel (〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇)		保険会社の所在地とTel	〇〇市〇〇町4-40 Tel (〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇)	
	証明書番号	AA-123456-7		証明書番号	BB-123456-7	
	保険契約期間	〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日		保険契約期間	〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日	
	契約者	住所	〇〇市〇〇町2-2-2	契約者	住所	〇〇市〇〇町2-2-2
	氏名	加害 太郎	加害者との関係 本人	氏名	加害 太郎	加害者との関係 本人
	保有者	住所	同上	保有者	住所	同上
氏名	同上	加害者との関係 本人	氏名	同上	加害者との関係 本人	
車 種	普通乗用車		車両(登録)番号	京都12 さ 3456		
損害賠償	相手方(加害者)に 対する治療費等の 損害賠償は どのように なっていますか	☒ 請求した ☐ 請求予定 ☐ 請求しない ☐ その他				
		相手方の (自賠責 ・ 任意一括 ・ 自費) 理由 { ご自身の医療費は、どなたが負担(補償)するのか、該当に○をしてください ※任意一括請求とは、相手の任意保険会社が自賠責部分も含んで補償することです。 任意保険会社が被害者に対して賠償金を支払った後自賠責保険に対して請求します。				
示 談	交渉の状況	☐ 示談成立済 (年 月 日成立) → 示談書の写しを添付して下さい ☐ 示談交渉中 (年 月 日頃成立見込) ☐ 保険会社に一任 ☐ 示談交渉していない ☒ その他				
署 名	上記のとおり、相違	示談が成立されました、 必ず健康保険組合までお知らせください				
	住所	記入日 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
	〒 (〇〇〇-〇〇〇) 〇〇市〇〇町1丁目1-10					
	被保険者氏名 佐川 太郎	⑤	Tel 自宅 (〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇) 携帯 (〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇)	押印してください		
SGホールディングスグループ健康保険組合理事長様						

事故発生状況報告書

運 転 者	甲(事故の相手)	氏 名	加害 太郎	
	乙(被 害 者)	氏 名	佐川 花子	
天 候	☒ 晴 ☐ 曇 ☐ 雨 ☐ 雪 ☐ 霧		交通状況	☒ 混雑 ☐ 普通 ☐ 閑散
道路状況	舗装	☒ してある ☐ してない	歩道(☒ 両・片)	☒ あ る ☐ な い
	見通し	☐ 良 い ☒ 悪 い	☒ 直 線 ☐ カーブ ☒ 平 坦 ☐ 坂 ☐ 積雪路 ☐ 凍結路	
信号または標識	信号(☒ 有 ・ ☐ 無) 一時停止標識(☐ 有 ・ ☐ 無) その他標識()			
速度	甲車 40 km/h (制限速度 40 km/h)		乙車 30 km/h (制限速度 40 km/h)	
事故現場における事故の相手と当事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。)			
	地図ならびに説明は、過失相殺を決める最も重要なものです。 状況が再現できるよう、具体的に記入してください。			
上記図の説明を記入してください	自 車  相手車  進行方向  信号  一時停止  人間  自転車 }  オートバイ }  接触点 			
	私は、買い物の帰り道に、優先道路を車で走行中、青信号であったため前を走るトラックに 続いて交差点を直進したところ、同じく青信号で車の陰から急に右折してきた 相手車両(普通自動車)に自車の右側面を衝突され負傷しました。			

別紙交通事故証明書に補足して、上記のとおり報告いたします。

〇〇年〇〇月〇〇日

報告者 甲との関係()

乙との関係(本人)

氏名 佐川 花子

押印してください

印

念書 兼 同意書

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日（事故発生場所）〇〇県 〇〇市 〇〇町 2丁目の交差点
において（相手方氏名）加害 太郎と（負傷者氏名）佐川 花子の
関係する事故によって負傷者が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、
私が相手方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項の規定により、健康保険
組合が給付した治療費及びこれに付随する給付価額の限度において代位取得および行使し、かつ
賠償金を受領することに異議のないことを、この書面により申し立てます。

なお、あわせて次の事項を厳守することをここに誓約します。

1. 傷病が治癒、治療中止、治療終了した場合又は、症状固定と診断された場合は、健康保険組合に申し出ること。
2. 相手方と示談を行う場合又は、自賠責の被害者請求をする場合は、必ず前もって健康保険組合に申し出ること。
3. 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
4. 相手方から金品を受け取ったときは、受領年月日・内容・金額（もしくは評価額）をもれなくかつ遅滞なく健康保険組合へその内容を文書（示談書の写しがある場合はその写し）で届け出ること。
5. 私が1～4を怠ったために、保険給付の限度において、健康保険組合が相手方より受領すべき金額の全部または一部を受領できなかった場合は、健康保険組合が受領できなかった金額を私が健康保険組合に弁済すること。

上記事故に関して私の個人情報及びこの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) 健康保険組合が保険会社等に損害賠償請求をする際に、診療（調剤）報酬明細書の写しを提供し、請求権を行使すること。
- (2) 請求権を行使するにあたり必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳等）について、健康保険組合が保険会社を含む相手方に照会し、情報の提供を受けること。また、対象となる医療機関等に照会し、情報の提供を受けること。
- (3) 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康保険組合へ情報提供する保険会社等への同意を含むこと。
- (4) この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

記入日 〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所 〇〇市〇〇町1丁目1-10

負傷者

氏名 佐川 花子 印

被保険者

氏名 佐川 太郎 印

S Gホールディングスグループ健康保険組合 理事長 様

押印してください（2ヶ所）

誓約書

※この誓約書は相手方に記入してもらってください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日（事故発生場所） 〇〇県 〇〇市 〇〇町 2丁目の交差点
において（負傷者氏名） 佐川 花子 とのあいだで発生した事故に対し、負傷者が被った傷
病の治療費等につき、健康保険組合の立替え払いをお願いいたします。

なお、立替えていただいた治療費等（治療費・傷病手当金・埋葬料等）について、健康保険組
合から損害賠償の請求を受けたときは、過失割合に応じて責任をもって遅延なく弁済することを
誓約いたします。

また、あわせて次の事項を遵守いたします。

1. 負傷者側と示談をする場合は、必ず前もって健康保険組合に申し出ること。
2. 健康保険組合からの問い合わせ、資料提供等の依頼には、誠意をもって応ずること。

以 上

S G ホールディングスグループ健康保険組合 理事長 様

記入日 〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所 〇〇市〇〇町2-2-2
加害当事者
氏名 加害 太郎 印
TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

連帯保証人 （加害当事者が未成年の場合、親権者等）

（当事者との続柄） 住所
氏名 印

相手方に署名・捺印をもらえない場合は、
下記にご記入ください

《備考欄》

相手方に署名・捺印をいただけない場合はその理由をご記入ください。

相手方に署名・捺印を拒否され、入手することができませんでした。

記入日 〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者氏名

佐川 太郎

押印してください

印

保險会社

■ 人身事故扱いの交通事故証明

(人身事故扱いの交通事故証明書)

警察への届が物損事故扱いの場合や、事故の届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され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。	☒ 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため ☐ 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 ☐ 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 ☐ 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。） ☐ その他（理由を具体的に記載してください。）		
◆ 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	R○○年 ○○月 ○○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
 事故の相手方、もしくは目撃者のご署名・捺印が必要ですが、
 署名・捺印がもらえない場合は、余白にその理由を記入のうえ、
 負傷者（親権者）が、署名・捺印ください。

■ 人身事故の事実

◆ 上記理由による
☒ 当事者
☐ 目撃者
☐ その他（ ）
 ※ 該当する項目に
 ○印をしてください

例) 連絡が取れないため、相手方から署名・捺印をもらえません。
 相手方が協力してくれません。

氏 名 _____ (印)
 電 話 _____ ()

(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	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他（ ）	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
年 月 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他（ ）	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
年 月 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他（ ）	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 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

(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		午前 R00年00月00日 午後 4 時 00 分頃 天候 晴れ				
発 生 場 所		00県 00市 00町 2丁目の交差点				
当 事 者	甲	住 所	00市00町 2-2-2		電話	000 (000) 0000
		氏 名	加害 太郎	生 年 月 日	明・大 昭・平	00年0月0日 (00) 才
		自賠責保 険契約先	加害 太郎	自賠責保険 証明書番号	第	AA-123456-7 号
		登録番号	京都 12 さ 3456	事 故 時 の 状 況	運転・同乗 (甲・乙)・歩行・その他	
	乙	住 所	00市00町 1 丁目 1-10		電話	000 (000) 0000
		氏 名	佐川 花子	生 年 月 日	明・大 昭・平	00年0月0日 (00) 才
		自賠責保 険契約先	佐川 花子	自賠責保険 証明書番号	第	号
		登録番号	京都 12 こ 123	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
		自賠責保 険契約先		自賠責保険 証明書番号	第	号
		登 録 番 号	①交通事故証明書に記載されていない方を記入してください。 ②交通事故証明書がない場合は、負傷された方を含む事故当事者全員を 記入してください。(甲乙関係なく、上から順にご記入ください)			
	丁	住 所			電話	()
		氏 名		生 年 月 日	昭・平	年 月 日 () 才
		自賠責保 険契約先		自賠責保険 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	
	自賠責保 険契約先		自賠責保険 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。